

Browser tabs: Email - Reinaldo, Zimbra: Entrada, Combine arquivos, Controle de documentos, Audiências, PJE: Consulta processo, PJE 0834300-81.20, Minha Conta |

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=389214&ca=58c56448165f82a4a2f62...

Navigation: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Page Header: ProOrd 0834300-81.2019.8.18.0140
ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

Document Title: 8727580 - CONTESTAÇÃO (2699897 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/03/2020 15:19:13

Left Panel (09 Mar 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 8727579 - CONTESTAÇÃO
 - 8727580 - CONTESTAÇÃO (2699897 CONTESTACAO PROTOCOLADA 01)
 - 8728088 - Documentos (2699897 CONTESTACAO PROTOCOLADA Anexo 02 email)
 - 8728090 - Documentos (Anexo 03 sub atos procuracao compressed)
 - 8728293 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8728295 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Left Panel (18 Feb 2020):

- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS
- 8423896 - Citação

Main Document View (downloadBinario.seam 1 / 10):

2699897 - CJ/2020-00849/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08343008120198180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DO UAT em caso de invalidez parcial do...

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 15:19, 09/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08343008120198180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que a parte autora deixa de apresentar boletim de ocorrência e boletim de atendimento médico.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

A parte autora deixa de apresentar boletim de ocorrência e boletim de atendimento médico, documentos imprescindíveis para comprovar a existência do acidente, bem como, o nexo causal entre o mesmo e as lesões alegadas.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴x“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme laudo abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190072026	Cidade: Caxias	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Data do acidente: 15/10/2018	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 31/01/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.				
Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelae: Com seqüela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelae: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **15/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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:	06/02/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000093949-9

Nr. da Autenticação 8FC44F06DE5D73A8

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

⁶RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 27 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08343008120198180140.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Terresina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**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: 3190072026
Nome do(a) Examinado(a): Elisangela de Jesus Xavier Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Castelo do Piauí, 4204
Memorare Teresina PI CEP: 64009-330
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1557463
Data local do acidente: [15/10/2018]
Data local do exame: [06/06/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20) E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

(**X**) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(**X**) Sim () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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 à valoração do dano corporal.

LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 18059243BD2



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLEN, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobaautenticar>, informando o protocolo 18059243BD2 e o número de controle 4B50F77DAF5A3B614A5F61022BD129



191



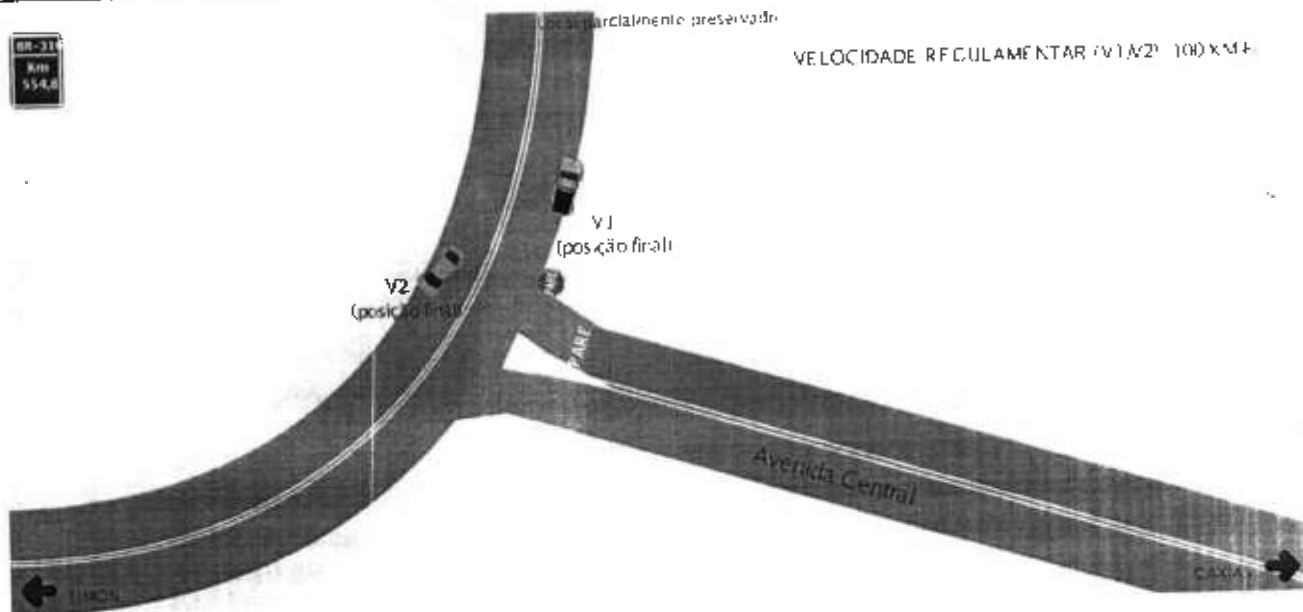
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

concluir a causa principal do acidente. A dinâmica do acidente está representada no croqui. Observações: 1) A passageira Cleonice M. de Araújo foi socorrida e encaminhada ao atendimento médico porém não resistiu aos ferimentos e veio à óbito posteriormente na UPA - Caxias. 2) Por conta da ausência de pessoas responsáveis pelos veículos envolvidos e urgência de sua remoção do leito da pista os mesmos foram encaminhados ao Posto da PRF Caxias através de guincho particular. Este BAT foi retificado em resposta ao Processo (SEI) número 08665007959 em substituição ao BAT nº 18059249B01.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

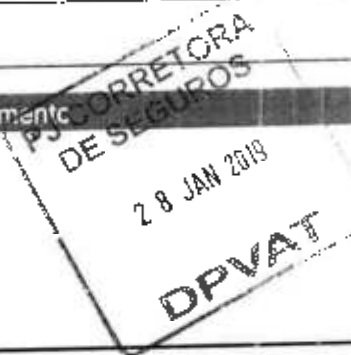
MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1798231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.535 de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ort.gov.br/novo/bat/autenticar> informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B53F77DAF5A3B514A5F61D22BD199

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 15/10/2018 Hora: 19:20 Município: CAXIAS/MA
BR: 316 KM: 554,8 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ROCKFELLER, 1738231
Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08665007959201800

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Chuva	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

NARRATIVA

No dia 15/10/2018, por volta das 19:20h, no km 554,8 da BR 316, Caxias/MA, ocorreu um acidente do tipo Colisão frontal, envolvendo uma caminhonete GM S10 branca (V1), cujo condutor (não identificado) e possíveis passageiros se evadiram do local, e um Fiat Palio cinza (V2) no qual se encontravam Antônio Ceimo Gomes Fi.ho (condutor, ferido gravemente), Cleonice Maria de Araújo (ferida gravemente), Elisângela de Jesus Xavier Santos (ferida gravemente), Patrícia de Araújo Costa (ferida levemente), Kaylani Vitória Araújo Dutra Melo (ferida levemente), Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo (ferida gravemente), Lucas Vinicius Dutra Melo (ileso), Wesley Gabriel Araújo Costa (ferido levemente), Paulo Henrique Ferreira de Jesus (ileso) e Gustavo Henrique Araújo Costa (ferido levemente). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que o veículo V1 seguia fluxo no sentido decrescente da rodovia e V2 seguia fluxo no sentido crescente quando vieram a colidir frontalmente. Após a colisão V1 ficou imobilizado, parte na pista sentido decrescente e parte no acostamento e V2 ficou imobilizado sobre o leito da rodovia no sentido crescente. Não foi possível identificar o local da colisão e nem se observaram marcas de frenagem, arrasto ou outro sinal que demonstrasse qual dos veículos invadiu a faixa de mão do outro. Registre-se que no horário do acidente chovia forte no local, reduzindo consideravelmente a visibilidade à direção. Diante da falta de elementos suficientes para formar uma convicção não foi possível



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231 - Policial Rodoviário Federal, em 20/10/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Med. da Previdência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-JG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/novababautentica>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59777DAF5A3B614A5F61022B0199.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - LWP8510 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: LWP8510 Marca/modelo: GM/S10 2.8 S

Ano fabricação: 2002 Chassi: 9BG124AC03C407995

Espécie: Carga Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Condutor de V1 não estava presente na chegada da equipe PRF e tampouco se apresentou na Unidade competente para esclarecimentos. Veículo removido para o Posto PRF Caxias por ausência de responsável pelo mesmo.

Renavam: 00795526318

Tipo de veículo: Caminhonete

Cor: Branca



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELI ER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 31/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Med. da Presidência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/revistas/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4659F77DAF5A39614A5F61C226D*99

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/S10 2.8 S

Placa: LWP8510

Nº BOAT: 18059249B02

Nome do Agente: ROCKFELLER

Matrícula do Agente: 1738231

Data: 15/10/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme notário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movbairautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A3B614A5F61072B0189.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Proprietário

Nome: CONSTRUTORA SUCESSO S/A

CPF/CNPJ: 09.588.906/0001-43

Email:

Telefone:

Endereço: TERESINA-PI

V1C - CONDUTOR DE V1 - Não localizado

V1C - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Estado civil:

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Ocupantes de V1 não foram localizados. Condutor de V1 não estava presente na chegada da equipe PRF no local do acidente e também não se apresentou na Unidade competente para esclarecimentos ou identificação.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação.

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional. Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - LVI8228 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: LVI8228

Marca/modelo: FIAT/PALIO ED

Renavam: 00683141627

Ano fabricação: 1997 Chassi: 9BD178016V0338723

Tipo de veículo: Automovel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Cinza

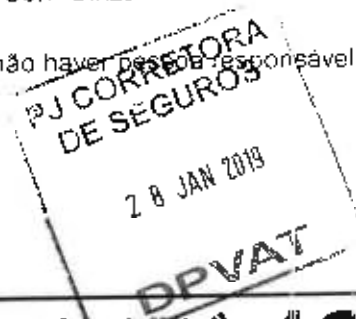
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Veículo removido para o Posto PRF Caxias por não haver pessoa responsável pelo mesmo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por HÖCKFELLER, analista 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 20/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.201-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-UG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.trf.gov.br/novocanalautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número da chave 4B56F7D1AF5A3D61AA0F81C22GD-99



191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539 de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-00 de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novopbausautenticar> informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A30614A5F61022BD199

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/PALIO ED
Nome do Agente: ROCKFELLER

Placa: LV8228
Matrícula do Agente: 1738231

Nº BOAT: 18059249B02
Data: 15/10/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
			X		
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita				

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/10/2018, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 7.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea o do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-IG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrasilautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B09F77D4F5A3B514A5F6C22GD*99

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



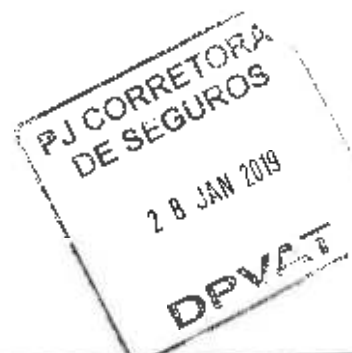
IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/npvcbat/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B55F77DAF5A3B614A5F61C22BD199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - Patrícia de Araújo Costa

V2P2 - Informações

Nome: Patrícia de Araújo Costa
CPF: 383.421.478-78
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 12/03/1984
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V2P2 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:
Email:

V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - Gustavo Henrique Araújo Costa

V2P3 - Informações

Nome: Gustavo Henrique Araújo Costa
Nº de Identificação/órgão expedidor: 55.609.968-0/SSP-SP
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 21/05/2005
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V2P3 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:
Email:

V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - Cleonice Maria de Araújo

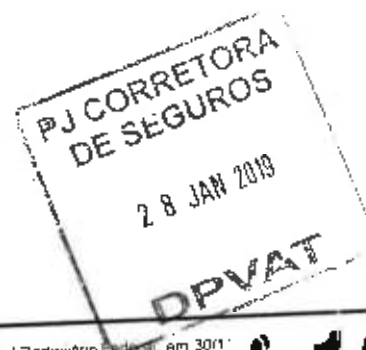
V2P4 - Informações

Nome: Cleonice Maria de Araújo
CPF: 374.940.403-82
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 02/07/1963
Estado civil:
Estado físico: Lesões Graves

V2P4 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:
Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme notário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.202-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novab8/iaue1.cfm>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A38614A5F510228D196.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Proprietário

Nome: JOAO RIBEIRO MAGALHAES NETO

Email:

Endereço: RUA PROF. OSCAR CKARCK, 04984, TERESINA-PI

CPF/CNPJ: 060.229.488-60

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO CELMO GOMES FILHO

V2C - Informações

Nome: ANTONIO CELMO GOMES FILHO

CPF: 004.461.193-50

sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 29/05/1984

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

UF: PI

Observações CNH: 1315

Primeira habilitação: 11/02/2003

Vencimento da habilitação: 12/05/2021

Nº Registro: 02784224564

Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA SATURNO, 4176. SATELITE, TERESINA-PI

Telefone:

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - Kaillany Vitória Araújo Dutra Melo

V2P1 - Informações

Nome: Kaillany Vitória Araújo Dutra Melo

CPF: 098.216.533-16

sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 18/06/2018

Estado civil:

Estado físico: Lesões Leves

V2P1 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, marcosia 173823, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.593, de 8 de outubro de 2010 e no inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobalautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B53-17DA75A3D6-443F5122DD19H.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - Lucas Vinícius Dutra Melo

V2P5 - Informações

Nome: Lucas Vinicius Dutra Melo
CPF: 067.966.573-06
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 31/03/1995
Estado civil:
Estado físico: Ileso

V2P5 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone: 86-996037683

Email:

V2P6 - PASSAGEIRO 6 DO V2 - Wesley Gabriel Araújo Costa

V2P6 - Informações

Nome: Wesley Gabriel Araújo Costa
Nº de Identificação/órgão expedidor: 12335601552013100317
/Cartório de Registro

Data de Nascimento: 05/03/2013
Estado civil:

sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Estado físico: Lesões Leves

V2P6 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P7 - PASSAGEIRO 7 DO V2 - Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo

V2P7 - Informações

Nome: Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo
Nº de Identificação/órgão expedidor: 898005188130493
/SUS

Data de Nascimento: 05/09/2015
Estado civil:

sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Estado físico: Lesões Graves
Usava dispositivo para retenção de criança: Sim, mas
utilizava-o
incorreto
/Incorretamente

V2P7 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFFILLER, matrícula 1/38231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.519 de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novaba/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4063F77DAF5A3B614A5F61022B0199

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P8 - PASSAGEIRO 8 DO V2 - Paulo Henrique Ferreira de Jesus

V2P8 - Informações

Nome: Paulo Henrique Ferreira de Jesus
CPF: 099.640.363-96
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 07/11/2007
Estado civil:
Estado físico: Ileso

V2P8 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P9 - PASSAGEIRO 9 DO V2 - Elisângela de Jesus Xavier Santos

V2P9 - Informações

Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos
CPF: 923.932.923-49
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 14/05/1976
Estado civil:
Estado físico: Lesões Graves

V2P9 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROQUELEI ER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com lançamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº E1-06, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no sítio <http://www.prf.gov.br/novotela/autenticar>, inserindo o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B58F77DAF5A3D614A5F61022B0199

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Terexina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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

Local e Data: **Terexina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Terexina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Terexina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): **Alexandre Samões**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA Nº **01** 1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 (X) USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT02; () MOT03
() AA/USB06; () AC/USB07; () BU/USB08; () CN/USB09; () DB/USB10; () MAT/USB011; () PAR/USB12; () SJS13
DATA: **15/10/18** MEDICO REGULADOR: **Dr. Louara**
ENDEREÇO: **BR 316** Nr.
BAIRRO: CIDADE: **Caxias** UF: **ma**
PONTO DE REFERENCIA:
NOME: **Olisângela de Jesus Xavier Santos** SEXO: () M (X) F IDADE: **42 anos**

2. HORARIOS
SAÍDA DO LOCAL LOCAL SAÍDA DO LOCAL DESTINO SAÍDA DO DESTINO CHEGADA À BASE
(**BASE**)
19 h:15 min **19 h:30 min** **20 h:04 min** **20 h:16 min** **20 h:35 min** **20 h:49 min**

3. SOLICITADO APOIO
() SIM (X) NÃO QUAL:
OUTROS:

4. OCORRÊNCIA **COLISÃO CARRO X CARRO**
CLASSIFICAÇÃO
() ACIDENTE DE TRANSITO () CHOQUE ELÉTRICO () EMERGENCIA PEDIÁTRICA () INTOXICAÇÃO
() AFOGAMENTO () DIABETES DESCOMPENSADO () EAP () MAL SÚBITO
() AVC () DIARRÉIA/VÔMITO () FAF/FAH () QUEIMADURA
() ALCOOLISMO () DOR ABDOMINAL () URGENCIA OBSTETRICA () CRISE CONVULSIVA
() AGRESSÃO () DNV () IAM () CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA () TRANSP. INTERHOSPITALAR () OUTROS

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA VIAS AERIAS SUPERIORES RESPIRAÇÃO CIRCULAÇÃO COR
(X) ALERTA (X) PERMEÁVEIS (X) NORMAL (X) PULSO RADIAL (X) NORMAL
() VERBAL () NÃO PERMEÁVEIS () DIFÍCIL () PULSO CAROTÍDEO () CIANÓTICO
() DOR () VÔMITOS () AUSENTE () PULSO AUSENTE () PALIDO
() NÃO RESPONDE () CORPOS ESTRANHOS () TIRAGEM () HEMORRAGIA

6. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW ADULTO (ECG)
MELHOR RESPOSTA VERBAL ABERTURA DOS OLHOS MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma () 1 - Nenhuma () 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incompreensíveis () 2 - Resposta a dor () 2 - Descrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras inadequadas () 3 - Resposta a fala () 3 - Desorientação (flexão unormal dos membros superiores)
(X) 4 - Confuso (X) 4 - Espontânea (X) 4 - Retirada
() 5 - Orientada () 5 - Localiza o estímulo doloroso
() 6 - Obedece a comandos verbais

7. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW INFANTIL (ECG)
MELHOR RESPOSTA VERBAL ABERTURA DOS OLHOS MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma () 1 - Não abre os Olhos () 1 - Nenhuma
() 2 - Grito a dor () 2 - Com estímulo Doloroso () 2 - Flexão Anormal
() 3 - Choro a dor () 3 - Com estímulo Auditivo () 3 - Flexão Normal
() 4 - Choro Irritado () 4 - Espontaneamente () 4 - Retirada a Dor
() 5 - Balbúcia () 5 - Retirada ao Toque
() 6 - Movimentos Espontâneos

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO ECG
(X) 15 () 13-14 () 11-12 () 9-10 () 7-8 () 5-6 () 3-4
Consciente Trauma leve Trauma Médio Trauma Profundo Coma Superficial Coma Moderado Coma Profundo

9. AVALIAÇÃO DAS PUPILAS
(X) Isocóricas () Midriase () Miose () Anisocóricas (X) Fotorreagentes () Não Fotorreagentes

10. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA
PA (Inicial) FC (Inicial) FR (Inicial) PULSO (Inicial) Tax^oC (Inicial) GLICEMIA CAPILAR (Inicial) Sat O₂ (Inicial)
103
PA (Final) FC (Final) FR (Final) PULSO (Final) Tax^oC (Final) GLICEMIA CAPILAR (Final) Sat O₂ (Final)
100%

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA
Paciente abordada em via pública; vítima de acidente de trânsito (colisão carro x carro); no momento da abordagem consciente, lúcida; orientada; apresentando suspeita de fratura em M. II e edema no fêmur referido (esquerda) com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP por ninger aberto.

12. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1.		CID ₁
2.		CID ₂
3.		CID ₃
4.		CID ₄

13. INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

() SIM ☒ NÃO QUAL: _____

14. ÓBITO

() SIM ☒ NÃO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

() RESOLUÇÃO LOCAL	☒ UPA CAXIAS	() SOCORRÃO P. DUTRA	() LA RAVADIÈRE	() SANTA CASA
() HGM / CAXIAS	() H. COELHO NETO	() SOCORRÃO I - SLZ	() NINA RODRIGUES	() DUTRA
() H. INFANTIL	() MACRO/COROATA	() SOCORRÃO II - SLZ	() ALDENORA BELO	() JUVÊNCIO MATOS
() CARMOSINA COUTINHO	() HG TIMBIRAS - MA	() HOSPITAL DA CRIANÇA	() MARLI SARNEY	() BENEDITO LEITE
() CAP'S	() HG PERITORO - MA	() MATERNO INFANTIL	() MACRO/CAXIAS/MA	() OUTROS

16. PROCEDIMENTOS

() OXIGÊNIO	() CURATIVO	() ASPIRAÇÃO	☒ ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
() INALACÃO	☒ IMOBILIZAÇÃO	() MONITORIZAÇÃO	() ACESSO VENOSO CENTRAL
() VENTILACÃO	☒ COLAR CERVICAL	() CARDIOVERSÃO	() CRICOTIRÓIDOSTOMIA POR PUNÇÃO
☒ OXÍMETRO	☒ PRANCHA	() ENTUBAÇÃO	() TORACOCENTESE
() AMBU	() KED	() DROGAS	() DRENAGEM TORÁCICA
() RCP	() GUEDELL	☒ OUTROS	

17. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após realizada conduta, a mesma foi conduzida a UPA sem intercorrências. Seguiu calma e cooperativa, durante o trajeto, entregue na UPA sem intercorrências.

Luana dos Santos Silva
Téc de EMT
Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Médico

Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Condutor

18. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO	ENFERMEIRO	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR
		Luana	João

15. IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE

Luana dos Santos Silva
Enfermeira
COREN-MA 000.503.893
Ass. e Carimbo Médico, Enfermeiro e Planolista

16. PERTENCES DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____ Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

Declaro para os devidos fins que recebi atendimento no local da ocorrência pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA, tendo resolatividade local nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

18. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável: _____ RG: _____ CPF: _____



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA Nº **01** 1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 (X) USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT02; () MOT03
() AA/USB06; () AC/USB07; () BU/USB08; () CN/USB09; () DB/USB10; () MAT/USB011; () PAR/USB12; () SJS13
DATA: **15/10/18** MEDICO REGULADOR: **Dr. Louara**
ENDEREÇO: **BR 316** Nr.
BAIRRO: CIDADE: **Caxias** UF: **ma**
PONTO DE REFERENCIA:
NOME: **Olisângela de Jesus Xavier Santos** SEXO: () M (X) F IDADE: **42 anos**

2. HORARIOS	SAIDA DO LOCAL	LOCAL	SAIDA DO LOCAL	DESTINO	SAIDA DO DESTINO	CHEGADA A BASE
	BASE					
	19 h:15 min	19 h:30 min	20 h:04 min	20 h:16 min	20 h:35 min	20 h:49 min

3. SOLICITADO APOIO
() SIM (X) NÃO QUAL:
OUTROS:

4. OCORRÊNCIA **COLISÃO CARRO X CARRO**

CLASSIFICAÇÃO			
() ACIDENTE DE TRANSITO	() CHOQUE ELÉTRICO	() EMERGENCIA PEDIÁTRICA	() INTOXICAÇÃO
() AFOGAMENTO	() DIABETES DESCOMPENSADO	() EAP	() MAL SÚBITO
() AVC	() DIARRÉIA/VÔMITO	() FAF/FAH	() QUEIMADURA
() ALCOOLISMO	() DOR ABDOMINAL	() URGENCIA OBSTETRICA	() CRISE CONVULSIVA
() AGRESSÃO	() DNV	() IAM	() CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA	() TRANSP. INTERHOSPITALAR	() OUTROS	

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AERIAS SUPERIORES	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	COR
(X) ALERTA	(X) PERMEÁVEIS	(X) NORMAL	(X) PULSO RADIAL	(X) NORMAL
() VERBAL	() NÃO PERMEÁVEIS	() DIFÍCIL	() PULSO CAROTÍDEO	() CIANÓTICO
() DOR	() VÔMITOS	() AUSENTE	() PULSO AUSENTE	() PALIDO
() NÃO RESPONDE	() CORPOS ESTRANHOS	() TIRAGEM	() HEMORRAGIA	

6. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW ADULTO (ECG)

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Nenhuma	() 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incomprensíveis	() 2 - Resposta a dor	() 2 - Descrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras inadequadas	() 3 - Resposta a fala	() 3 - Descoordenação (flexão unormal dos membros superiores)
(X) 4 - Confuso	(X) 4 - Espontânea	() 4 - Retirada
(X) 5 - Orientado		() 5 - Localiza o estímulo doloroso
		(X) 6 - Obedece a comandos verbais

7. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW INFANTIL (ECG)

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Não abre os olhos	() 1 - Nenhuma
() 2 - Grito a dor	() 2 - Com estímulo doloroso	() 2 - Flexão Anormal
() 3 - Choro a dor	() 3 - Com estímulo Auditivo	() 3 - Flexão Normal
() 4 - Choro Irritado	() 4 - Espontaneamente	() 4 - Retirada a Dor
(X) 5 - Balbúcia		() 5 - Retirada ao Toque
		() 6 - Movimentos Espontâneos

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO ECG

(X) 15	() 13-14	() 11-12	() 9-10	() 7-8	() 5-6	() 3-4
Consciente	Trauma leve	Trauma Médio	Trauma Profundo	Coma Superficial	Coma Moderado	Coma Profundo

9. AVALIAÇÃO DAS PUPILAS

(X) Isocóricas	() Midriase	() Miose	() Anisocóricas	(X) Fotorreagentes	() Não Fotorreagentes
----------------	--------------	-----------	------------------	--------------------	------------------------

10. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

PA (Inicial)	FC (Inicial)	FR (Inicial)	PULSO (Inicial)	Tax°C (Inicial)	GLICEMIA CAPILAR (Inicial)	Sat O ₂ (Inicial)
	103					100%
PA (Final)	FC (Final)	FR (Final)	PULSO (Final)	Tax°C (Final)	GLICEMIA CAPILAR (Final)	Sat O ₂ (Final)

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA

Paciente abordada em via pública; vítima de acidente de trânsito (colisão carro x carro); no momento da abordagem consciente, lúcida; orientada; apresentando suspeita de fratura em M. II e edema no fêmur referido (esquerdo) com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP por ninger aberto.

12. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1.		CID ₁
2.		CID ₂
3.		CID ₃
4.		CID ₄

13. INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

() SIM ☒ NÃO QUAL: _____

14. ÓBITO

() SIM ☒ NÃO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

() RESOLUÇÃO LOCAL	☒ UPA CAXIAS	() SOCORRÃO P. DUTRA	() LA RAVADIÈRE	() SANTA CASA
() HGM / CAXIAS	() H. COELHO NETO	() SOCORRÃO I - SLZ	() NINA RODRIGUES	() DUTRA
() H. INFANTIL	() MACRO/COROATA	() SOCORRÃO II - SLZ	() ALDENORA BELO	() JUVÊNCIO MATOS
() CARMOSINA COUTINHO	() HG TIMBIRAS - MA	() HOSPITAL DA CRIANÇA	() MARLI SARNEY	() BENEDITO LEITE
() CAP'S	() HG PERITORO - MA	() MATERNO INFANTIL	() MACRO/CAXIAS/MA	() OUTROS

16. PROCEDIMENTOS

() OXIGÊNIO	() CURATIVO	() ASPIRAÇÃO	☒ ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
() INALAÇÃO	☒ IMOBILIZAÇÃO	() MONITORIZAÇÃO	() ACESSO VENOSO CENTRAL
() VENTILAÇÃO	☒ COLAR CERVICAL	() CARDIOVERSÃO	() CRICOTIRÓIDOSTOMIA POR PUNÇÃO
☒ OXÍMETRO	☒ PRANCHA	() ENTUBAÇÃO	() TORACOCENTESE
() AMBU	() KED	() DROGAS	() DRENAGEM TORÁCICA
() RCP	() GUEDELL	☒ OUTROS	

17. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após realizada conduta, a mesma foi conduzida a UPA sem intercorrências. Seguiu calma e cooperativa, durante o trajeto, entregue na UPA sem intercorrências.

Luana dos Santos Silva
Téc de EMT
Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Médico

Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Condutor

18. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO	ENFERMEIRO	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR
		Luana	João

19. IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE

Luana dos Santos Silva
Enfermeira
COREN-MA 000.503.893
Ass. e Carimbo Médico, Enfermeiro e Planificador

16. PERTENCES DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____ Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

Declaro para os devidos fins que recebi atendimento no local da ocorrência pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA, tendo resolatividade local nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável: _____

18. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável: _____ RG: _____ CPF: _____

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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000093949-9

Nr. da Autenticação 8FC44F06DE5D73A8



Para contactar con el
Elaborador, infórmanos
en el NÚMERO

SEU CÓDIGO

0482124-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
R. Maranhão 759 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.044-740 - Tel: (066) 324.1313
Fax: (066) 324.1313 - E-mail: cep@cep-pi.com.br
Site: www.cep-pi.com.br

4º da Nota Fiscal 015188580

A Tercia Social de Ensino Elétrico - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de Junho de 2002

DEZEMBRO/2018

26/12/2018

59

35.30

ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
R. CASTELO DO PIAUI-4204 4204 MEMORARE
CPF: 00092393292349
CEP: 64.009-330 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	7009	Anexo	13/12/2018
Anterior	6950	Anterior	20/11/2018
Consumo de Multiplicação	1.000	Próxima Leitura	16/01/2019
Consumo Médio	59	Emprego	17/12/2018
Consumo Padrão	59	Assinatura	18/12/2018

NORMA

38

CLASSIFICAÇÃO DE UTILIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Legenda	Número Identificador	Posto	Código Post	Número de pontos
RESID. EX. RENDA. MUND.		A1300248			

HISTÓRICO ANUAL		LÍQUIDACÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/18	94	CONSUMO	30 A R\$ 0,292477 = 8,77
OUT/18	43		29 A R\$ 0,501402 = 14,54
SET/18	51	CONT. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,94
AGO/18	44	DIFERENÇA DE TARIFA	27,48
JUL/18	57	SUBVENÇAO BAIXA RENDA	19,17
JUN/18	69	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,24
MAI/18	71	MULTA POR ATRASO (2X)	1,25
ABR/18	76	JUROS POR ATRASO (2X)	0,25
MAR/18	83	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,08
FEV/18	73		
PARTIDA SEM TRIBUTOS:			
0 A 98	- 0,267999		
01 A 59	- 0,304777		

BITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
08/2017	32,87

----- AVISO DE DEBITOS VENCIDOS -----
Informamos a(s) senhor(es) debitado(s) no valor de R\$
R\$ 1.818,00 (um mil e oitocentos e dezoito reais) até esta data, caso o(s)
debitado(s) a(s) tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento de Eletrônicos da Distribuição Piauí com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.

RESERVADO AO HSCD 22BE.6A61. EA9C.B041. 424C.A9DA. 77B6.2BD7

INDICADORES DE CONTINUIDADE		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Dispositivos:	20,11	Base de Cálculo:	50,79
Energia:	19,21	Alíquotas:	22,00%
Transmissor:	3,02	Valor do Imposto:	11,17
Emissões:	3,06	Valor do FIP:	0,75
Tributação:	15,39	Valor do ICMS:	3,47

INDICADORES DE CONTINUIDAD:

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,02

J CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT



Para contactar con el
Elaborador, infórmanos
en el NÚMERO

SEU CÓDIGO

0482124-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.044-474 - Fone: (065) 324.1111 - Fax: (065) 324.1111
E-mail: cep@cep.com.br - Site: www.cep.com.br
CNPJ nº 06.908.000/0001-00 - Insc. Est. nº 14.301.303-0
Móbi-Fone: 7 Centro do Enege 065 ion - 3241111
Sócio-empresário: Dr. João Carlos de Oliveira

4º da Nota Fiscal 015188580

A Tercia Social de Ensino Elétrico - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de Junho de 2002

DEZEMBRO/2018

26/12/2018

59

35.30

ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
R. CASTELO DO PIAUI-4204 4204 MEMORARE
CPF: 00092393292349
CEP: 64.009-330 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	7009	Anexo	13/12/2018
Anterior	6950	Anterior	20/11/2018
Consumo de Multiplicação	1.000	Próxima Leitura	16/01/2019
Consumo Médio	59	Emprego	17/12/2018
Consumo Padrão	59	Assinatura	18/12/2018

NORMA

38

CLASSIFICAÇÃO DE UTILIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Legenda	Número Identificador	Posto	Código Post	Número de pontos
RESID. EX. RENDA. MUND.		A1300248			

HISTÓRICO ANUAL		LÍQUIDACÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/18	94	CONSUMO	30 A R\$ 0,292477 = 8,77
OUT/18	43		29 A R\$ 0,501402 = 14,54
SET/18	51	CONT. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,94
AGO/18	44	DIFERENÇA DE TARIFA	27,48
JUL/18	57	SUBVENÇAO BAIXA RENDA	19,17
JUN/18	69	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,24
MAI/18	71	MULTA POR ATRASO (2X)	1,25
ABR/18	76	JUROS POR ATRASO (2X)	0,25
MAR/18	83	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,08
FEV/18	73		
PARTIDA SEM TRIBUTOS:			
0 A 98	- 0,267999		
01 A 59	- 0,304777		

BITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
08/2017	32,87

----- AVISO DE DEBITOS VENCIDOS -----
Informamos existirem debitos vencidos no valor de R\$
R\$ 1.818,00 (sem acrescimo) relativos ate esta data, 1330 o/s
debitos ja emitidos, sendo necessario, procurar uma loja de
atendimento de eletronicas da distribuidora Piau com o/s comprovante de pagamento.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.

RESERVADO AO HSCD 22BE.6A61.EA9C.B041.424C.A9DA.77B6.2BD7

INDICADORES DE CONTINUIDADE		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Disseminação:	20,11	Base de Cálculo:	50,79
Energia:	19,21	Alíquotas:	22,00%
Transmissão:	3,02	Valor do Imposto:	11,17
Encargos:	3,06	Valor do FIP:	0,75
Tributação:	15,39	Valor do Confins:	3,47

INDICADORES DE CONTINUIDAD:

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,02

J CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

TIM S.A.
Rua Leonardo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0001-11 - LE: 194445895
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 44,99

VENCIMENTO

20/01/2019

EMIÇÃO: 02/01/2019

POSTAGEM: 14/01/2019

FATURA: 3642683718

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076142

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801
CRISTO REI
64014-320 - TERESINA - PI

IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 20/01/2019, a fatura poderá ser paga até o dia 23/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado.

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/DEZ A 31/DEZ

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Music

TIM Banca Virtual

Desconto Serviços VAS TIM Controle

Desconto Franquia TIM Controle

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

59,99

Incluído

Incluído

-5,25

-9,75

44,99

Total de Mensalidades

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.

ICMS

INSCOFINS - Serviços Telecom

INSCOFINS - Serviços Mto Telecom

ALÍQUOTA

30%

3,60%

9,25%

BASE DE CÁLCULO

R\$ 29,44

VALOR

R\$ 8,83

FUNTEL

R\$ 0,10

FUST: R\$ 0,20

FUNTEL: R\$ 0,10

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s) R\$ 39,99

SVA R\$ 20,00

Desconto(s) Franquia(s) R\$ -9,75

Desconto(s) SVA R\$ -5,25

Em atendimento a Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas aos tarifas

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
02/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
20/01/2019

VALOR
R\$ 44,99

VIA BANCO

84690000000 - 7

44990109011 - 7

00364268371 - 2

80093635491 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Id de identificação de documento: 84690000000

TIM S.A.
Rua Leonardo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0001-11 - LE: 194445895
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 44,99

VENCIMENTO

20/01/2019

EMIÇÃO: 02/01/2019

POSTAGEM: 14/01/2019

FATURA: 3642683718

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076142

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801
CRISTO REI
64014-320 - TERESINA - PI

IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 20/01/2019, a fatura poderá ser paga até o dia 23/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado.

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/DEZ A 31/DEZ

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Music

TIM Banca Virtual

Desconto Serviços VAS TIM Controle

Desconto Franquia TIM Controle

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

59,99

Incluído

Incluído

-5,25

-9,75

44,99

Total de Mensalidades

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.

ICMS

INSCOFINS - Serviços Telecom

INSCOFINS - Serviços Mto Telecom

ALÍQUOTA

30%

3,63%

9,25%

BASE DE CÁLCULO

R\$ 29,44

VALOR

R\$ 8,83

FUNTEL

R\$ 0,10

FUST: R\$ 0,20

FUNTEL: R\$ 0,10

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s) R\$ 39,99

SVA R\$ 20,00

Descontado Franquia(s) R\$ -9,75

Descontado SVA R\$ -5,25

Em atendimento a Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas aos tarifas

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
02/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
20/01/2019

VALOR
R\$ 44,99

VIA BANCO

84690000000-7 44990109011-7 00364268371-2 80093635491-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Id de identificação de documento: 84690000000-7

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 121 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da folha de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre De Jesus Sarrão Sousa Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elisângela de Jesus Xavier Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elisângela de Jesus Xavier Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Félix Filho</u>	Número: <u>1801</u>	Complemento:
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64014-320</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99970-3592</u>

Local e Data: Teresina-PI, 23 de Janeiro de 2019

Alexandre De Jesus Sarrão Sousa Junior

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 121 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da folha de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre De Jesus Sarrão Sousa Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elisângela de Jesus Xavier Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elisângela de Jesus Xavier Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Félix Filho</u>	Número: <u>1801</u>	Complemento:
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64014-320</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99970-3592</u>

Local e Data: Teresina-PI, 23 de Janeiro de 2019

Alexandre De Jesus Sarrão Sousa Junior

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

do 1º Soma Ortopedia
NOME: Episângela de Jesus Xavier DATA ATENDIMENTO: 15/10/18
CARTÃO SUS: _____ HORA: 20:19
DATA DE NASCIMENTO: 22 anos SEXO: () M (x) F

NOME DA MÃE: M. S.
ENDEREÇO: M. S. BAIRRO: Ceresina P.I. CEP: _____ CIDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito

HISTÓRIA BREVE: _____ CID: _____

OBSERVAÇÃO OBJETIVA: AV Ortopedia
Acidente entre os cinto e cinto, não
do e no tronco, cabeça, pernas e joelhos
e coluna L4/L5. Sem les.

DADOS VITAIS: PA: _____ T.: _____ FR.: 57 PULSO: 100 DOR: 109

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O Paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência da dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Dor leve = 1 a 3 / 10 - Dor moderada = 4 a 7 / 10 - Dor intensa = 8 a 10 / 10
AZUL () VERDE () AMARELA () LARANJA () VERMELHA (x)

DROGAS: _____

ALERGIAS: _____

DOENÇAS PREEXISTENTES: - / - / -

CONDUITA INICIAL: _____

REAValiação: _____ HORA: 20:30

NOME DO ENFERMEIRO: Luana Lima

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

Interação:	2321875	Dt. Internação:	16/10/18 19:00:44	Sector:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS				ESPERA 03
Nascimento:	14/06/76 42a 4m 2d			Acomodação:	
Estado Civil:			982028158	Diana:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA		3360.6803.		
R.G./C.N.:	155.7463		923.932.923-49		
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3856 BUENOS AIRES	TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER				ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
Procedimento:				Funcionário:	LUANAJ
Responsável:					
Endereço:					
Nascimento:	14/06/1976				
Fone Resp.:					
Médico Resp.:	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6596)				Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 5º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, estando em pleno gozo de representante legal do (a) paciente _____, minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM () nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes)

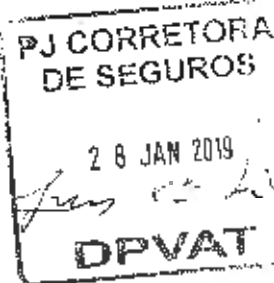
Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____



Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento de autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Número: **2321875**

Conteúdo: **PLAMTA**

Especialidade origem: **Clínica Geral**

Especialidade destino: **Ortopedia / Traumatologia**

Motivo da Consulta:

**ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR À MOBILIZAÇÃO DE MIE**

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

Data : 16/10/2018 21:19:53


Alton Gomes de Castro
CRM 6513

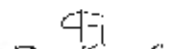
Resposta parecer:

**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO , COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO,
APRESENTA DOR , EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL , RAO X COM FRATURA DE FEMUR**

CD IMOBILIZAÇÃO

SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO A SER REALIZADO HOJE AS 17H

Data : 17/10/2018 11:40:21


Dr. Kairó Lima
CRM 4144





Descrição Cirurgia

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
 Prontuário: 500.395
 Dt. Nasc.to: 14/06/1976 42
 Sexo: Feminino
 Telefone: 982028158
 Carácter Clr.: Urgência
 Setor: Centro Cirúrgico I - HSM
 Convênio: PLAMTA
 Observação:
 Proced Princ.: 30725127 Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Cirurgião: 43.153
 Planejamento: 1.854.194
 Anestésico: 2.321.875
 Dt. Início: 17/10/2018 17:35
 Duração: 87
 Cirurgião: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
 Anestésico: Diego Nunes de Oliveira
 Anestesia: Raquidiana

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI: 4926

Procedimento: 30726123 - Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Quantidade	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima		
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia		
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia		
5	Anestésista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho		
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia		
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377		

Quantidade: 1

Procedimento: 30726127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima	
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia	
5	Anestésista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho	
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia	
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377	

Quantidade: 1

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

1. pct ddh sob anestesia
2. assepsia + antessepsia MIE
3. acesso lateral à coxa ESQ
4. redução de fratura
5. fixação da fratura com placa bloqueada e parafusos
6. controle radiografico + revisao de hemostasia
7. lavagem com SF0,9% + sutura por planos + curativo

Dr. Kairo Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 4144

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nasci	14/06/1976	Setor	Centro Cirúrgico I - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	FLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cod usuário	33806803	Início cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Atendimento	3321675	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09
Prontuário	500358	Cirurgia	43153

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Aspirador	1	ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Bisturi Elétrico	1		
Cabo de acesso	1		
Equipamento Captura - HSM	1		
Monitor cardíaco	1		
Oxigênio	1		
Perfurador Elétrico	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/10/2018 17:35	17/10/2018 18:22	Técnico de			ONEDIA CASTELO	COREN 130601PI
RECEBO PACIENTE NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, AVP NO MSD, FUNCIONANTE, MIE EM TALA, PRONTUÁRIO ANEXO SEM EXAMES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM, HAS, ESTÁ EM JEJUM. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUI FEITA PELO ANESTESISTA DR. DIEGO, PACIENTE MONITORIZADA. INICIADO						
17/10/2018 18:25	17/10/2018 21:23	Técnico de			MARIA KALINE ALVES	COREN 1274321
PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA EM POI DE FRATURA DE FEMUR, SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE DE O₂, COM PRONTUÁRIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.						
17/10/2018 21:25	17/10/2018 21:25	Técnico de			JOSANIA MARIA	COREN 45670
PACIENTE RECEBEU ALTA DA SRPA PARA O RX E PÓS PARA A ACOMODAÇÃO NO POI DE FRATURA DE FEMUR, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COM AVP, DIURESE ESPONTÂNEA, PRONTUÁRIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.						

Eventos

Data	Evento	Profissional	Código prof
17/10	Chegada do paciente no Centro Cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17/10	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17/10	Início da Anestesia	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17/10	Início do procedimento cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
19/02	Fim do procedimento cirúrgico	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
15/15	Término da anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
18/25	Encaminhamento p/ SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21/25	Saida do Sero CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45670

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas E/Os Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA
Circulante

01 - placa bloqueada Mts femur 12.5 Esquerda.

05 - parafusos bloqueados 6.0 x 65, 5.0 x 75.

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 32

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 34

01 - fio de tensão 1.5

01 - fio de tensão 2.0

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data Nasc. 14/06/1976 42 Anos

Sexo F

Telefone 982028153

Procedimento Principal Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Médico Cirurgião KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

Médico Anestesiologista Diego Nunes de Oliveira

Atendimento 2.321.875

Prontuário 500395

Cirurgia PLAMTA

Data Real 17/10/2018 17:00

Data Real 17/10/2018 17:35

Duração 60

Cirurgia Nº 43153

Medicamentos

	Unidad. Medid.	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	amp	3
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Fentanil Espinhal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL	amp	1
Neocizina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)	amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL	amp	1

Materiais

	Unidad. Med.	Quantidade
Agulha 25x7 Desc.	un	1
Agulha 40x12 Desc.	un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	5
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	10
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	15
Eletrodo Descartável	un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pac	5
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	4
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	2
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
SPINOCAN G26 (AGULHA P/ RAQUI)	un	1
Transfix	un	1
Vicryl 0 J352H	env	2
Vicryl 1 J353H	env	3
Vicryl 2-0 J351H	env	2

Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nascto **14/06/1976**
 Idade **42 anos**
 Sexo **Feminino**
 Convênio **PLAMTA**
 Cód usuário **33606803**
 Atendimento **2321875**
 Prontuário **500395**

DI. Entrada **16/10/2018**
 Setor **Posto Pássaros - HSM**
 Cir Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
 Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
 Anestésista **Diego Nunes de Oliveira**
 Tipo anestesia **Raquiidiana**
 Início cirurgia **17/10/2018**
 Fim cirurgia **17/10/2018**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PR: 4926

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Vel / dose	Medic	Ha insp	Dose total	Bólus	Início	Final
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco-		S		13:46	
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bolsa		S		17:38	
		1 Bolsa		S		13:12	
		1 Bolsa		S		13:47	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco-		S		17:41	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2 Litros por minuto		N		17:41	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S		13:46	
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		S		13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/ 5 mL	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/mL - 1	1 Ampola		S		17:43	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S		17:39	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S		17:38	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	1 Ampola		S		17:38	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	ECG	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	SaO ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07 Sinusal	100	130	67	88			99						
19:00 Sinusal	100	130	67	88			99						
18:50 Sinusal	99	115	67	83			99						
18:39 Sinusal	96	120	80	93			99						
18:30 Sinusal	96	100	80	86			99						
18:20 Sinusal	99	120	87	98			99						
18:09 Sinusal	97	120	87	98			99						
17:59 Sinusal	106	110	78	88			99						
17:50 Sinusal	100	120	80	93			99						
17:40 Sinusal	100	150	90	110			99						

Descrição

Tipo **Anestesia**
 Adendo
 1 MONITORIZAÇÃO
 2 RAQUI = L3/L4 COM AGULHA 26G + BUPIVACAÍNA PESADA 15 MG+ MORFINA 80 MCG
 3 CEFAZOLINA 2 G
 4 TRANSAMIN 3 AMPOLAS
 5 DEXAMETASONA 10 MG
 6 DIPIRONA 2G
 7 BEXTRA 40 MG
 8 ONDANSETRONA 4 MG
 9 EFEDRINA 50 MG

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose	Endo consumido	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Impresso em 17/10/2018 19:11:15

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

Página 1

WAT:61440

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Setor: Centro Cirúrgico I - HSM

PARDA

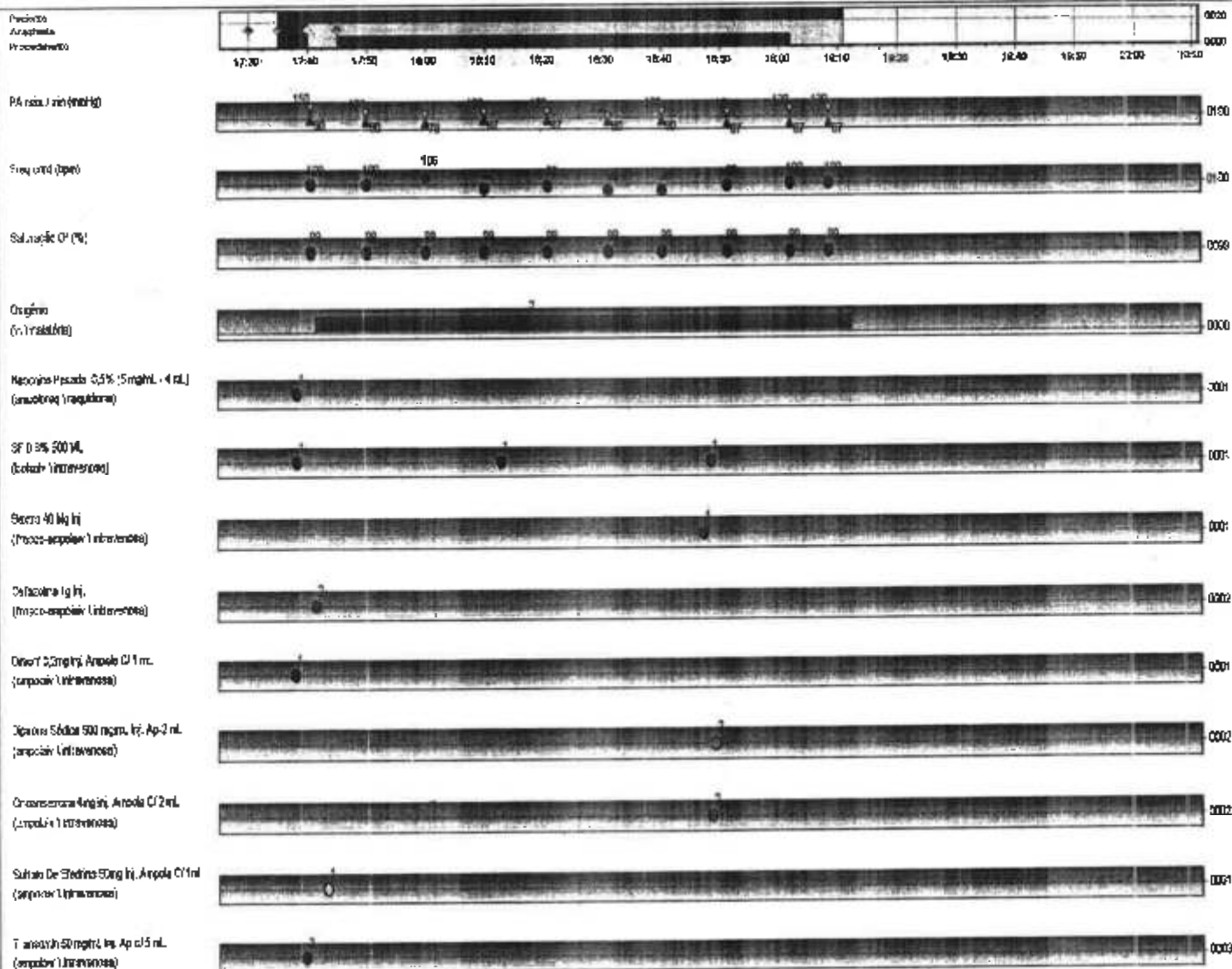
Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Data Nasco **14/06/1976**
Idade **42 anos**
Sexo **Feminino**
Convênio **PLAMTA**
Cód usuário **33605803**
Atendimento **2321875**
Prontuário **500395**

Dt. Entrada **16/10/2018**
Setor **Posto Pássaros - HSM**
Cir. Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
Anestesiologista **Diego Nunes de Oliveira**
Tipo anestesia **Raquidiana**
Início cirurgia **17/10/2018 17:35:00**
Fim cirurgia **17/10/2018 19:02:09**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-P: 4925



Impresso em: 17/10/2018 19:11:17

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

WATE66008

Página 1

ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Centro Cirúrgico I - HSM

PARD

ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	A
Atividade	Move 04 membros	2					
	Move 02 membros	1	1				1
	Move 0 membros	0					0
Respiração	Profunda	2					
	Limitada, dispnéia	1	2				2
	Apnéia	0					0
Consciência	Completamente acordado	2					
	Despertado ao chamado	1	2				2
	Não responde ao chamado	0					0
Circulação	PA $\pm$ 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA $\pm$ 20 a 49% do nível pré-anestésico	1	2				2
	PA $\pm$ 50% do nível pré-anestésico	0					0
SpO ₂	Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente	2					
	Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂	1	2				2
	Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂	0					0
SOMA			3				3



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **2990**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)**
 Setor **Sala de Espera - HSM**
 CID **W17** **Outr quedas de um nível a outr**
 Diretor Técnico Médico:

Alendimento: **2.321.875** **500.395**
 Convênio: **PLAMTA / APARTAMENTO**
 Liberação: **16/10/2018 19:19:21** **1851078**
 Data Presc: **16/10/2018 19:14:00**
 Validade: **16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto: **ESPERA 03**

PARDAL

Dietas: **ZERO**

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via	Horários
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
2 Ringer C/ Lactato Frasco (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1	Ampola 3x ao dia IV	20 04 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml)	1	Ampola ACM IV	
Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1	Ampola 6/6 h. IV	00 06 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)			
Observação:			
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1	Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV	22 10
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1	Ampola ACM IV	
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 Creatinina	1 Vez	20	Soro
2 Hemograma	1 Vez	20	Sangue
3 Uréia	1 Vez	20	Soro
4 RX Tórax - 1 Incidência	1 Vez	20	
5 RX Coluna Cervical - 3 Incidências	1 Vez	20	
6 RX Joelho	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
7 RX Articulação Coxofemoral (Quadril)	1 Vez	20	
8 RX Coxa	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
9 HGT	ACM	ACM	



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM
 Prescritor Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)
 Setor Sala de Espera - HSM
 CID W17 Outr quedas de um nível a outr

Atendimento 2.321.875
 Condicionamento PLANTA / APARTAMENTO
 Liberação 16/10/2018 19:19:21 1351076
 Data Presc 16/10/2018 19:14:00
 Validade 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
 Letra/Quilô ESPERA 03

0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

ACM 1 Vez
 ACM 20

Renan Delano G Brito
 Renan Delano Gomes Brito
 CRM 4100

dieta líquida os 09:30 e zero as 10:00hs- nutrição ci ente
 kalia



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **Elson Gomes da Castro (CRM 6813)**
Setor **Sala de Espera - HSM**
CID **W17 Outr quedas de um nível a outr**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento 2.321.875 500.385
Contorno PLANTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 21:42:51 1851286
Data Presc 16/10/2018 21:41:00
Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra Quarta ESPERA 03

Medicamentos

13 Seki Xpe Fr (2mg/ml-120ml)

Dose / Intervalo / Via
20 Mililitros 3x ao dia VO

22 06 14

Observação:

Elson Gomes da Castro
CRM 6813



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 2d
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **ITALO LUSTOSA ROLIM (CRM 5638)**
Guia **33606803**
Diretor Técnico Médico

2.321.875 500.395
Convênio **PLANTA / APARTAMENTO**
Liberação 16/10/2018 20:33:12 Prescrição 1651210
Data Prescr 16/10/2018 20:32:00
Validade 16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Senha

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Agora.

Revisão

Italo Lustosa Rolim
CRM 5638



2321875

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 4d Peso:
Data Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp: Dr. KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Prescritor: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA
Setor: Posto Pássaros - HSM
CID: S72.4 Frat da extremidade distal do fêmur
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 2.321.875
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 18/10/2018 11:21:48
Data Presc: 18/10/2018 11:20:00
Validade: 18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59
Leito/Quarto: PARDAL

Prontuário: 500.395

Prescrição: 1856418

Medicamentos:

20 Enoxaparina 40mg Inj. Seringa Preenchida G/0.4ml

1 Seringa 1x Tarde SC

Horários

14

Observação:

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente	ELISA REGINA DE JESUS KAVIER SANTOS	Assistência	2321875		
Data Nasc	14/03/1978	42 Anos	503915		
Endereço	RUA CASTELO DO PAULI, 3850 RUJOS AIRES TURF SINIA PI	Data Exame	18/10/2018 19:00		
Contato	PI 44772	Data Exame	18/10/2018 21:00		
Sócio Assist	Posso Passar por - 151m	Unidade	PARDAL		
Data	DO	Classificação	Definição	Classificação	Definição
18/10/2018	S724	S72.4 Força extensora do braço direito			
Medicamentos Administrados					
Medicamentos					
Seki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	17/10/18 23:39:18	20 VO			JULIANE NEVES FERREIRA
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 06:23:26	20 VO			PATRICIA MARIA PEREIRA
Saci Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 13:43:41	20 VO			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Idamg 100 mg/2 mL Ac 2 CL	17/10/18 23:38:55	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Idamg 100 mg/2 mL Ac 2 CL	18/10/18 06:23:10	1 IV			PAI RICH MARIA PEREIRA
Idamg 100 mg/2 mL Ac 2 CL	18/10/18 11:53:07	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
KEFAZOL 1G INJ.	17/10/18 23:36:42	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 06:22:43	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 11:32:50	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Diprona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Diprona Sódica Inj. Ap	18/10/18 06:23:16	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Diprona Sódica Inj. Ap	18/10/18 11:33:02	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 23:39:09	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Profend Iv Fr 100mg Inj	18/10/18 09:42:53	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	17/10/18 23:38:48	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	18/10/18 06:25:00	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	18/10/18 11:32:56	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Diprona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV	ACM	SN	JULIANE NEVES FERREIRA
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 18:46:27	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	17/10/18 15:45:16	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	17/10/18 18:46:28	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nasc: 14/06/1976 42 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 932028158
 Leito: PARDAL

Atendimento: 2.321.875
 Planeta: 500.395
 Data Hora: 18/10/2018 19:00:44
 Cob: PLANTA APARTAMENTO

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2018 11:11	Médico	Evolução/Anamnese		KAIRO ALDETRUD ES DE ARAUJO LIMA SANTOS	CRM 4144

Evolução/Anamnese Internação

W17 Outr quedas de um nível a outr
 120/ 80
 100

EVOLUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI
 ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM
 ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL
 REGULAR

Dr. Kairo Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião do Quadril
 CRM-PR 4144 TEP 14875

Dr. Kairo Lima
 CRM 4144

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Data Nasc.: **14/05/1976** 42 Anos
Sexo: **Feminino**
Setor: **Posto Pássaros - HSM**

Atendimento: **2.321.875** Prontuário: **500.395**
Dt. Entrada: **16/10/2018 19:00:44**
Convênio: **PLAMTA**
Apartamentos: **PARDAL**
Leitos:

Data Alta: **19/10/2018 11:13:38**
Profissional: **Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos**
Motivo Alta: **Alta melhorado**
Setor:
Responsável Alta: **Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos**
Necropsia:
Causa da Morte:

Tipo Sumário: **Alta**

Resumo

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO, EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

 **Dr. Kairo Lima**
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM-AM 8143 RQE: 14675

ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS									
Paciente	14/08/1978	49 Anos	Sexo	Feminina	2321875				
Data Nasc.	RUA CASTELO DO PAUL, 3055 RUJANUS AIRES TERESINA PI				500395				
Endereço	PLANETA				18/10/2018 18:00				
Convênio	Unidade Hospitalar - HSM				18/10/2018 21:00				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				
Unidade	Unidade Hospitalar - HSM				PARDAL				

FICHA DE ATENDIMENTO

do 1º Soma Ortopedia
NOME: Episângela de Jesus Xavier DATA ATENDIMENTO: 15/10/18
CARTÃO SUS: _____ HORA: 20:19
DATA DE NASCIMENTO: 22 anos SEXO: () M (x) F

NOME DA MÃE: n. S
ENDEREÇO: n. S BAIRRO: Ceresina P I CEP: _____ CIDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito

HISTÓRIA BREVE: _____ CID: _____

OBSERVAÇÃO OBJETIVA: AV Ortopedia
Acidente entre as pernas e pernas, não
do e no tronco, cabeça, pernas e joelhos
e coluna L4/L5. Sem lesão

DADOS VITAIS: PA: _____ T: _____ FR: 57 PULSO: 100 DOR: 109

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O Paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência da dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Dor leve = 1 a 3 / 10 - Dor moderada = 4 a 7 / 10 - Dor intensa = 8 a 10 / 10
AZUL () VERDE () AMARELA () LARANJA () VERMELHA (x)

DROGAS: _____

ALERGIAS: _____

DOENÇAS PREEXISTENTES: - / - / -

CONDUTA INICIAL: _____

REAValiação: _____ HORA: 20:30

NOME DO ENFERMEIRO: Luana Lima

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT



Interação:	2321875	Dt. Internação:	16/10/18 19:00:44	Sector:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS				ESPERA 03
Nascimento:	14/06/76 42a 4m 2d			Acomodação:	
Estado Civil:			982028158	Diana:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA		3360.6803.		
R.G./C.N.	155.7463		923.932.923-49		
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3856 BUENOS AIRES	TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER				ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
Procedimento:				Funcionário:	LUANAJ
Responsável:					
Endereço:					
Nascimento:	14/06/1976				
Fone Resp:					
Médico Resp:	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6596)				Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 5º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, estando em pleno gozo de representante legal do (a) paciente _____, minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM () nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou

responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento de autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Número: 2321875

Conteúdo: PLAMTA

Especialidade origem: Clínica Geral

Especialidade destino: Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR À MOBILIZAÇÃO DE MIE

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

Data : 16/10/2018 21:19:53


Alton Gomes de Castro
CRM 6513

Resposta parecer:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO, APRESENTA DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL, RAO X COM FRATURA DE FEMUR

CD IMOBILIZAÇÃO

SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO A SER REALIZADO HOJE AS 17H

Data : 17/10/2018 11:40:21

45
Dr. Kairó Lima
CRM 4144


Dr. Kairó Lima
CRM 4144



Descrição Cirurgia

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
 Prontuário: 500.395
 Dt. Nascido: 14/06/1976 42
 Sexo: Feminino
 Telefone: 982028158
 Carácter Clr.: Urgência
 Setor: Centro Cirúrgico I - HSM
 Convênio: PLAMTA
 Observação:
 Proced Princ.: 30725127 Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Cirurgião: 43.153
 Primeiro Auxiliar: 1.854.194
 Anestesiologista: 2.321.875
 Dt. Início: 17/10/2018 17:35
 Dt. Término: 17/10/2018 19:02
 Duração: 87
 Cirurgião: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
 Anestesiologista: Diego Nunes de Oliveira
 Anestesia: Raquidiana

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI: 4926

Procedimento: 30726123 - Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura	Quantidade
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima		
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia		
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia		
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho		
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia		
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377		

Quantidade: 1

Procedimento: 30726127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima	
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia	
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho	
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia	
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377	

Quantidade: 1

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

1. pct ddh sob anestesia
2. assepsia + antessepsia MIE
3. acesso lateral à coxa ESQ
4. redução de fratura
5. fixação da fratura com placa bloqueada e parafusos
6. controle radiografico + revisao de hemostasia
7. lavagem com SF0,9% + sutura por planos + curativo

Dr. Kairo Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 4144

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER**
 Data Nasci: 14/06/1976
 Idade 42 anos
 Sexo Feminino
 Convênio PLAMT2
 Cod usuário 33806803
 Atendimento 3321675
 Prontuário 500358

Dt. Entrada 16/10/2018
 Setor Centro Cirúrgico I - HSM
 Cir Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
 Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
 Anestesista **Diego Nunes de Oliveira**
 Inicio cirurgia 17/10/2018 17:35:00
 Fim cirurgia 17/10/2018 19:02:09
 Cirurgia 43153

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Aspirador	1	ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Bisturi Elétrico	1		
Cabo de acesso	1		
Equipamento Captura - HSM	1		
Monitor cardíaco	1		
Oxigênio	1		
Perfurador Elétrico	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/10/2018 17:35	17/10/2018 18:22	Técnico de			ONEDIA CASTELO	COREN 130601PI
RECEBO PACIENTE NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, AVP NO MSD, FUNCIONANTE, MIE EM TALA, PRONTUÁRIO ANEXO SEM EXAMES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM, HAS, ESTÁ EM JEJUM. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUI FEITA PELO ANESTESISTA DR. DIEGO, PACIENTE MONITORIZADA. INICIADO						
17/10/2018 18:25	17/10/2018 21:23	Técnico de			MARIA KALINE ALVES	COREN 1274321
PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA EM POI DE FRATURA DE FEMUR, SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE DE O2, COM PRONTUÁRIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.						
17/10/2018 21:25	17/10/2018 21:25	Técnico de			JOSANIA MARIA	COREN 45670
PACIENTE RECEBEU ALTA DA SRPA PARA O RX E PÓS PARA A ACOMODAÇÃO NO POI DE FRATURA DE FEMUR, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COM AVP, DIURESE ESPONTÂNEA, PRONTUÁRIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.						

Eventos

hora	Evento	Profissional	Código prof
17:30	Chegada do paciente no Centro Cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:35	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:40	Inicio da Anestesia	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:45	Inicio do procedimento cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
19:02	Fim do procedimento cirúrgico	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
19:15	Término da anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
19:25	Encaminhamento p/ SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21:25	Saida do Sero CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45670

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas E/Os Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA
Circulante

01 - placa bloqueada Mts femur 12.5 Esquerda.

05 - parafusos bloqueados 6.0 x 65, 5.0 x 75.

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 32

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 34

01 - fio de tensão 1.5

01 - fio de tensão 2.0

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data Nasc. 14/06/1976 42 Anos

Sexo F

Telefone 982028153

Procedimento Principal Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Médico Cirurgião KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

Médico Anestesiologista Diego Nunes de Oliveira

Atendimento 2.321.875

Prontuário 500395

Cirurgia PLAMTA

Data Real 17/10/2018 17:00

Data Real 17/10/2018 17:35

Duração 60

Cirurgia Nº 43153

Medicamentos

	Unidad. Medid.	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	amp	3
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Fentanil Espinhal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL	amp	1
Neocizina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)	amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL	amp	1

Materiais

	Unidad. Med.	Quantidade
Agulha 25x7 Desc.	un	1
Agulha 40x12 Desc.	un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	5
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	10
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	15
Eletrodo Descartável	un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pot	5
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	4
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	2
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
SPINOCAN G26 (AGULHA P/ RAQUÍ)	un	1
Transfix	un	1
Vicryl 0 J352H	env	2
Vicryl 1 J353H	env	3
Vicryl 2-0 J351H	env	2

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Faciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nascto **14/06/1976**
 Idade **42 anos**
 Sexo **Feminino**
 Convênio **PLAMTA**
 Cód usuário **33606803**
 Atendimento **2321875**
 Prontuário **500395**

DI. Entrada **16/10/2018**
 Setor **Posto Pássaros - HSM**
 Cir Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
 Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
 Anestésista **Diego Nunes de Oliveira**
 Tipo anestesia **Raquiidiana**
 Início cirurgia **17/10/2018**
 Fim cirurgia **17/10/2018**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PR: 4926

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Vel / dose	Medic	Hal insp	Dose total	Bólus	Início	Final
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco-		S		13:46	
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bolsa		S		17:38	
		1 Bolsa		S		13:12	
		1 Bolsa		S		13:47	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco-		S		17:41	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2 Litros por minuto		N		17:41	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S		13:46	
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		S		13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/ 5 mL	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/mL - 1	1 Ampola		S		17:43	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S		17:39	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S		17:38	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	1 Ampola		S		17:38	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	SaO ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07 Sinusal	100	130	67	88			99						
19:00 Sinusal	100	130	67	88			99						
18:50 Sinusal	99	115	67	83			99						
18:39 Sinusal	96	120	80	93			99						
18:30 Sinusal	96	100	80	86			99						
18:20 Sinusal	99	120	87	98			99						
18:09 Sinusal	97	120	87	98			99						
17:59 Sinusal	106	110	78	88			99						
17:50 Sinusal	100	120	80	93			99						
17:40 Sinusal	100	150	90	110			99						

Descrição

Tipo **Anestesia**
 Adendo
 1 MONITORIZAÇÃO
 2 RAQUI = L3/L4 COM AGULHA 26G + BUPIVACAÍNA PESADA 15 MG+ MORFINA 80 MCG
 3 CEFAZOLINA 2 G
 4 TRANSAMIN 3 AMPOLAS
 5 DEXAMETASONA 10 MG
 6 DIPIRONA 2G
 7 BEXTRA 40 MG
 8 ONDANSETRONA 4 MG
 9 EFEDRINA 50 MG

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose	Endo consumo	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Impresso em 17/10/2018 19:11:15

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

Página 1

WAT:61440

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Setor: Centro Cirúrgico I - HSM

PARDA

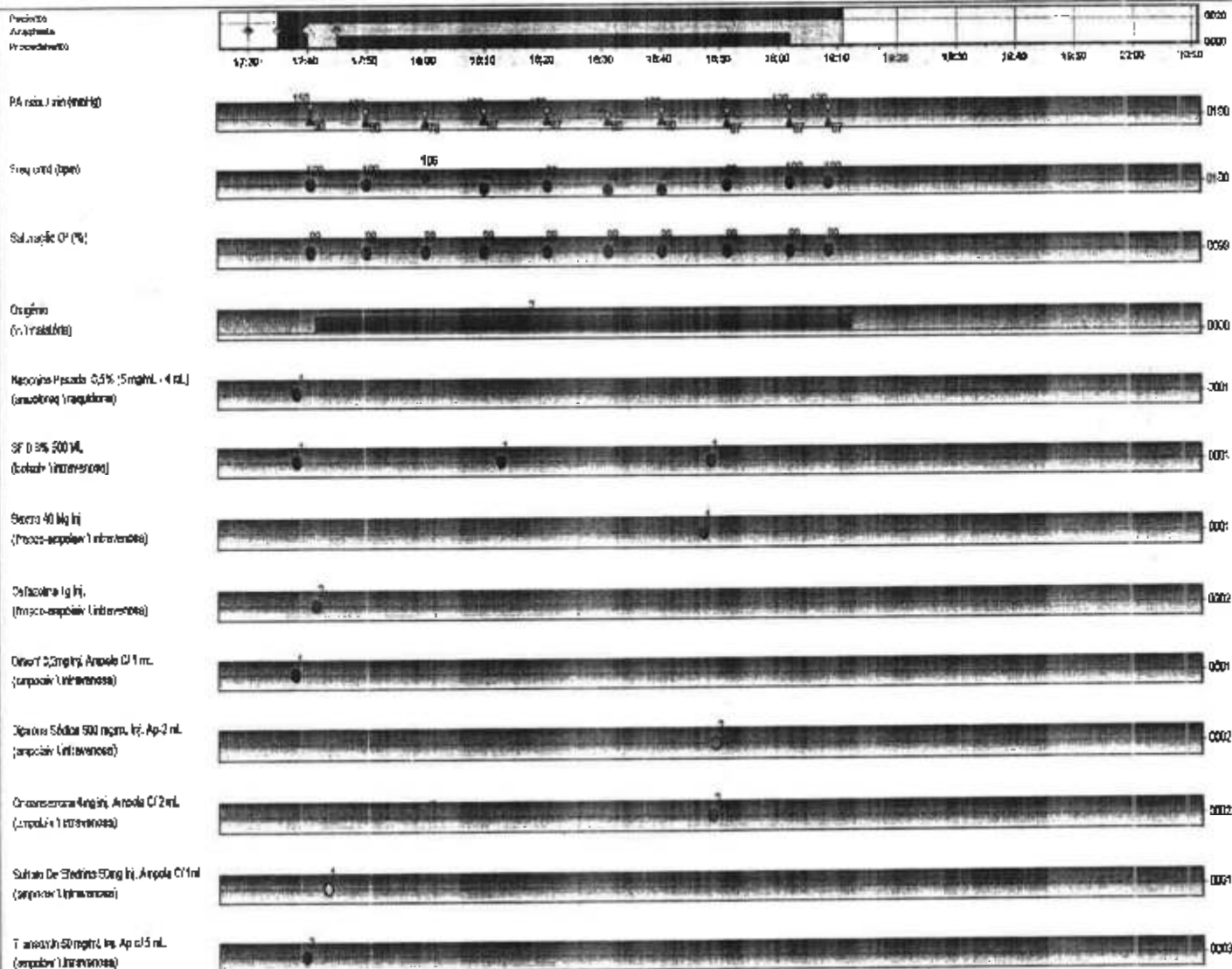
Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Data Nasco **14/06/1976**
Idade **42 anos**
Sexo **Feminino**
Convênio **PLAMTA**
Cód usuário **33605803**
Atendimento **2321875**
Prontuário **500395**

Dt. Entrada **16/10/2018**
Setor **Posto Pássaros - HSM**
Cir. Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
Anestesiologista **Diego Nunes de Oliveira**
Tipo anestesia **Raquidiana**
Início cirurgia **17/10/2018 17:35:00**
Fim cirurgia **17/10/2018 19:02:09**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-P: 4925 *DNU*



NOME:

Elisângela de Jesus X. Santos

APTO.

CIRURGIA:

Fratura de Femur

ANESTÉSIA

Raqui

INÍCIO

17:35

TÉRMINO

ADMISSÃO:

SRPA

HORA:

VIAS AÉREAS

GASES

ALERGI

O2 l/min

Ligado

Desligado

Catéter []

Intubado []

Máscara []

[]

Admissão na SRPA no PDI de
fratura de femur, em decúbito
dorsal, monitorizada, respirando
pela RA, Response no teste de
pavlov no momento - normal.

H
O
R
A
R
I
O

SINAIS VITAIS

BALANÇO

PA

P

F.R.

T

SpO2

DIURESE

GANHOS (G)

PERDAS (P)

SOROS

SANGUE

DIURESE

98.7

BALANÇO (G-P)

VISÃO GERAL DO PACIENTE

ACESSO
VENOSO

Periférico ☒
Subclávia []

Flebotomia []

DRENOS

Tórax D []
Tórax E []

Dreno a Vácuo
Abdominal

SNG []
Gastrostomia []
Traqueostomia []

Sonda Vesical []
Cistostomia []

F.O. - Sangramentos: SIM []

NÃO

MONITORIZAÇÃO

Monitor Cardíaco ☒
Oxímetro ☒
Capnógrafo ☒
P.I.C. ☒

P.A.M.

Peça (s) Cirúrgica (s): Sim [] NÃO ☒

Nº de Peças

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

ITEM	NOTA	ADM	40'	1H	2H	A
Atividade	Move 04 membros Move 02 membros Move 0 membros	2 1 0	1			2
Respiração	Profunda Limitada, dispnéia Apnéia	2 1 0	2			2
Consciência	Completamente acordado Despertado ao chamado Não responde ao chamado	2 1 0	2			2
Circulação	PA $\pm$ 20% do nível pré-anestésico PA $\pm$ 20 a 49% do nível pré-anestésico PA $\pm$ 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2			2
SpO2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente Mantém SpO2 > 90% em O2 Mantém SpO2 > 90% em O2	2 1 0	2			2
SOMA			9			12



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **2990**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)**
 Setor **Sala de Espera - HSM**
 CID **W17** **Outr quedas de um nível a outr**
 Diretor Técnico Médico:

Alendimento: **2.321.875** **500.395**
 Convênio: **PLAMTA / APARTAMENTO**
 Liberação: **16/10/2018 19:19:21** **1851078**
 Data Presc: **16/10/2018 19:14:00**
 Validade: **16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto: **ESPERA 03**

PARDAL

Dietas: **ZERO**

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via	Horários
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
2 Ringer C/ Lactato Frasco (500 ml)	1	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1	1 Ampola 3x ao dia IV	20 04
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml)	1	1 Ampola ACM IV	
Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1	1 Ampola 6/6 h. IV	00 06 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)			
Observação:			
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1	1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV	22 10
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1	1 Ampola ACM IV	
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 Creatinina	1 Vez	20	Soro
2 Hemograma	1 Vez	20	Sangue
3 Uréia	1 Vez	20	Soro
4 RX Tórax - 1 Incidência	1 Vez	20	
5 RX Coluna Cervical - 3 Incidências	1 Vez	20	
6 RX Joelho	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
7 RX Articulação Coxofemoral (Quadril)	1 Vez	20	
8 RX Coxa	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
9 HGT	ACM	ACM	



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento **14/06/1976 42a 4m 2d**
 Data Entrada **16/10/2018 19:00:44**
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)**
 Setor **Sala de Espera - HSM**
 CID **W17 Outr quedas de um nível a outr**

Atendimento 2.321.875
Condiciona PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 19:19:21
Data Presc 16/10/2018 19:14:00
Validade 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra/Quiloz ESPERA 03

0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

ACM 1 Vez
 ACM 20

Renan Delano G Brito
 Renan Delano Gomes Brito
 CRM 4100

dieta líquida os 09:30 e zero as 10:00hs- nutrição ci ente
 kalia



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **Elson Gomes da Castro (CRM 6813)**
Setor **Sala de Espera - HSM**
CID **W17 Outr quedas de um nível a outr**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento 2.321.875 500.385
Contorno PLANTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 21:42:51 1851286
Data Presc 16/10/2018 21:41:00
Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letor Quarta ESPERA 03

Medicamentos

13 Saki Xpe Fr (2mg/ml-120ml)

D Dose / Intervalo / Via
20 Mililitros 3x ao dia VO

Horário
22 06 14

Observação:


Elson Gomes da Castro
CRM 6813



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 2d
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **ITALO LUSTOSA ROLIM (CRM 5638)**
Guia **33606803**
Diretor Técnico Médico

2.321.875 500.395
Convênio **PLANTA / APARTAMENTO**
Liberação 16/10/2018 20:33:12 Prescrição 1651210
Data Prescr 16/10/2018 20:32:00
Validade 16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Senha

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Agora.

Revisão

Italo Lustosa Rolim
CRM 5638

16/10/18 - 17/10/18

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS 2321875
Data Nasc: 14/03/96 42 Anos Sexo Feminino 500395
Endereço: RUA CASTELO DO PAULI 3656 BUELOS AIRES 1 - Ht-Silva PI 16100218 19-00
Cidade: PLAMITA 16100218 21-00
Tipo de Atendimento: Pronto Socorro HSM
Prontuário: 16100218 21-00

16/10/2018 00:50 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Cloridrato de Rantidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | RAYANE CARDOSO GOMES | 16/10/2018 20:00:00 |

16/10/2018 22:04 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Clexane 40mg Inj. Seringa Preenchida C/ 0,4ml | Dose: 1 ser | Via: SC | Da prescrição: 1851252 | RAYANE CARDOSO GOMES | 16/10/2018 21:18:00 |

16/10/2018 22:04 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Profenid Iv Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | RAYANE CARDOSO GOMES | 16/10/2018 22:00:00 |

16/10/2018 22:04 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | RAYANE CARDOSO GOMES | 16/10/2018 22:00:00 |

16/10/2018 00:00 RAYANE CARDOSO GOMES
PCT ADM NA SEMI INTENSIVA COM HD DE QUEDA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, DEMABULA COM AUXILIO, RESPIRANDO SEM APOORTE DE O2. EUPNEICA, NORMOCORADA, NORMOCARDICA. NEGA DIABETES E HAS. NEGA ALERGIAS. PUN COM JELCO 20+EQUIPO+POLIFIX. SEGUE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

17/10/2018 00:00 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA | 17/10/2018 00:00:00 |

17/10/2018 00:00 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Tramal 100 mg/2 ml Inj Ap-2 ml | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA | 17/10/2018 00:00:00 |

17/10/2018 04:50 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Cloridrato de Rantidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA | 17/10/2018 04:00:00 |

16/10/18 - 17/10/18

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS 2321875
Data Nasc: 14/03/96 42 Anos Sexo Feminino 500395
Endereço: RUA CASTELO DO PAULI 3656 BUELOS AIRES 1 - Ht-Silva PI 16100218 19-00
Cidade: PLAMITA 16100218 21-00
Tipo de Atendimento: Pronto Socorro HSM
Prontuário: 16100218 21-00

17/10/2018 05:45 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1851078 | AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA | 17/10/2018 06:00:00 |

17/10/2018 05:45 AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | AURICÉLIA BRANDÃO DE OLIVEIRA | 17/10/2018 06:00:00 |

17/10/2018 07:01 RAYANE CARDOSO GOMES
Paciente outr quedas de um nível a outr, consciente, orientada, acesso venoso periférico, respirando espontâneo sem aporte de O2 diurese espontânea, encaminhada para o banho e realizado troca de lençóis. segue sob os cuidados de enfermagem.

17/10/2018 07:01 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | RAYANE CARDOSO GOMES | 17/10/2018 07:00:00 |

17/10/2018 07:01 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | RAYANE CARDOSO GOMES | 17/10/2018 07:00:00 |

17/10/2018 07:01 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | RAYANE CARDOSO GOMES | 17/10/2018 07:00:00 |

17/10/2018 07:01 RAYANE CARDOSO GOMES
Administrado medicamento: Saki Xpa Fr (2mg/ml-120ml) | Dose: 20 ml | Via: VO | Da prescrição: 1851286 | RAYANE CARDOSO GOMES | 17/10/2018 07:00:00 |



2321875

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 4d Peso:
Data Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp: Dr. KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Prescritor: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA
Setor: Posto Pássaros - HSM
CID: S72.4 Frat da extremidade distal do fêmur
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 2.321.875
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 18/10/2018 11:21:48
Data Presc: 18/10/2018 11:20:00
Validade: 18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59
Leito/Quarto: PARDAL

Prontuário: 500.395

Prescrição: 1856418

Medicamentos:

20 Enoxaparina 40mg Inj. Seringa Preenchida G/0.4ml

1 Seringa 1x Tarde SC

Horários

14

Observação:

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

[illegible]

Paciente	Data	Idade	Sexo	Cidade	Hospital
FILISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	20/06/1978	42 anos	F	Buenos Aires	ERCSINA PI
PLANTA					
Posto Patentes HSA					
Administrado medicamento: Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 JULIANE NEVES FERREIRA 17/10/2018 22:47:00					
Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 JULIANE NEVES FERREIRA 18/10/2018 00:00:00					
Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00					
Administrado medicamento: Clonidrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00					
Administrado medicamento: Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00					
Administrado medicamento: Dipirone Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 06:00:00					
Administrado medicamento: Seki Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 mL Via: VO Da prescrição: 1854511 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 06:00:00					
Administrado medicamento: Profenil Iv Fr 100mg Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 10:00:00					
Banho no leito + troca do lençol.					

Paciente	ELISA REGINA DE JESUS KAVIER SANTOS	Assistência	2321875		
Data Nasc	14/03/1978	42 Anos	503915		
Endereço	RUA CASTELO DO PAULI, 3850 RUJOS AIRES TURF SINIA PI	Data Exame	18/10/2018 19:00		
Contato	PI 44772	Data Exame	18/10/2018 21:00		
Sócio Assist	Posso Passar por - 151m	Unidade	PARDAL		
Data	DO	Classificação	Definição	Classificação	Definição
18/10/2018	S724	S72.4 For de ext emite can d sa do renal			
Medicamentos Administrados					
Medicamento					
Seki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	17/10/18 23:39:18	20 VO			JULIANE NEVES FERREIRA
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 06:23:26	20 VO			PATRICIA MARIA PEREIRA
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 13:43:41	20 VO			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	17/10/18 23:38:55	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	18/10/18 06:23:10	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	18/10/18 11:53:07	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
KEFAZOL 1G INJ.	17/10/18 23:38:42	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 06:22:43	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 11:32:50	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Dipirona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	18/10/18 06:23:16	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	18/10/18 11:33:02	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 23:39:09	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Profend Iv Fr 100mg Inj	18/10/18 09:42:53	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	17/10/18 23:38:48	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	18/10/18 06:25:00	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	18/10/18 11:32:56	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV	ACM	SN	ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 18:46:27	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 15:45:16	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	17/10/18 18:46:28	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Data Nasc: 14/06/1976 42 Anos
Sexo: Feminino
Telefone: 932028158
Leito: PARDAL

Atendimento: 2.321.875
Planta: 500.395
Data e Hora: 18/10/2018 19:00:44
Local: PLANTA APARTAMENTO

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2018 11:11	Médico	Evolução/Anamnese		KAIRO ALDETRUD ES DE ARAUJO LIMA SANTOS	CRM 4144

Evolução/Anamnese Internação

W17 - Outr quedas de um nível a outr
120/ 80
100

EVOLUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PR 4144 TEP 4875

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Data Nasc.: **14/05/1976** 42 Anos
Sexo: **Feminino**
Setor: **Posto Pássaros - HSM**

Atendimento: **2.321.875** Prontuário: **500.395**
Dt. Entrada: **16/10/2018 19:00:44**
Convênio: **PLAMTA**
Apartamentos: **PARDAL**
Leitos:

Data Alta: **19/10/2018 11:13:38**
Profissional: **Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos**
Motivo Alta: **Alta melhorado**
Setor:
Responsável Alta: **Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos**
Necropsia:
Causa da Morte:

Tipo Sumário: **Alta**

Resumo

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO, EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

 **Dr. Kairo Lima**
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM-AM 8143 REG. 14675



**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Interconsulta para avaliação da
doença também suscitou a necessidade de
tratamento de trânsito, fato ocorrido
em 15.10.18, tendo sofrido forte
trauma com MIE, causando com
fratura que permeia o L do
fêmur esquerdo, tratada cirurgicamente
com placa e fios de osteossíntese
placa profunda e fios de fixação,
complicando com fratura da
região da cabeça de fêmur; fortes
dores limitando as movimentações
com sensação de enfiamento,
do osso a fratura e ainda
exacerbação da dor com
com compressão de fêmur
na de 80% com a fratura
fratura



- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

29.04.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1584-PI - CRM: 2660-MA
(85) 9 9832-1987 - Teresina-PI

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.557.463 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/10/12

NOME ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

FILIAÇÃO ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
EDUARDO RIBEIRO XAVIER

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 14/06/1976

CERT. CASAM. 22367 L. 608 F. 180
CH. EXP. TERESINA-PI 27/01/95

TERESINA-PI 923.932.923-49 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0078844

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1538719885
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1538719885
ACORDO PLASTIFICAR

1538719885

ALEXANDRE DE JESUS RAMAHO SOUSA JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMITIDO POR
2728845 SSP PE

CPF
037.930.763-42

DATA NASCIMENTO
26/06/1990

PRACÇÃO
ALEXANDRE DE JESUS
RAMAHO SOUSA
MARILENE MARIA DE
OLIVEIRA M RAMAHO

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

OUT. PERM.
A.1

Nº REGISTRO
05219005056

VALIDADE
19/02/2021

VALIDAÇÃO
02/06/2011

IDENTIFICAÇÃO
RAB

Assinatura do Titular
Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
17/08/2017

54138666359
PI319301184

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

RETORNA
- GUROS
- 8 JAN 2019
DPVA

TERESINA- PI, 29 DE ABRIL DE 2019

Senhores analistas de seguro,

Venho por meio desta carta pedir uma reanálise do meu processo pois não concordo com o valor que me foi pago. Sofri um acidente de trânsito em BR e tive uma fratura no fêmur esquerdo, fiz cirurgia, coloquei um ferro na minha coxa. Além das fortes dores que sinto até hoje, não tenho firmeza na perna esquerda e ando ainda com a ajuda de muletas, acho que por se tratar do maior osso do corpo eu não consigo ter sustentação total na perna esquerda.

Muito injusto o valor que me foi pago ainda mais sem uma perícia adequada que eu possa ser avaliada por um médico, ele será capaz de comprovar todo o transtorno que venho passando e analisar a gravidade da minha lesão.

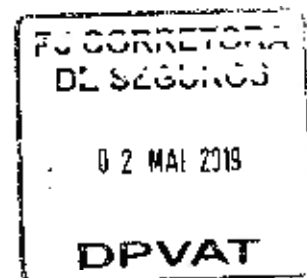
De já agradeço a atenção e aguardo um retorno em breve,

Elisângela de Jesus Xavier Santos

NOME: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

SINISTRO: 3190 072026

CPF: 923.932.923-49



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE.
LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE.
LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &
VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR, EM 31/01/2019.

ACOSTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO.

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR, EM 31/01/2019.

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ACOSTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO.

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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Elisângela De Jesus Xavier Santos
RG: 1.557.463 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 923.932.923-49
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Castelo Do Piauí Nº 4204
Bairro: Memoranz Cep: 64009-330 Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99962-3900 () ()

OUTORGADO:

Nome: Alexandre De Jesus Sampaio Sousa Júnior
RG: 2728865 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 037.930.763-42
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Administrador
Endereço: Rua Francisco Félix Filho Nº 1801
Bairro: Cristo Rei Cep: 64014-320 Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99970-3592 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Elisângela De Jesus Xavier Santos
CPF: 923.932.923-49 Data do Acidente: 15 / 10 / 2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-PI, 22 de Janeiro de 2019

Local e data

1º OFÍCIO

Elisângela De Jesus Xavier Santos

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO

Registro de Imóveis - Notas - Testes - Documentos - Pessoas Jurídicas

Rua David Caldas, 495 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190
Candonga - (86) 3221-7513 - sajc.com.br - sajcpi.com.br
Atua: Maria Elisabeth Calvo e Silva Muller

RECOGNIÇÃO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS, EM TEST. de DA VERDADE, DOU FE. TERESINA, 22/01/2019 12:43:21

SELO AAA79155 - VK9B CONSULTE A AUTENTICIDADE EM www.tjpi.jus.br/portalextra

Cartório João Crisóstomo
1º Of. de Notas e Reg. de Imóveis
Louany Lima Coimbra Melo
ESCREVENTE AUTORIZADA
Teresina - PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031038/19

Número do Sinistro: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

CPF: 923.932.923-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2018

Titular do CPF: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019

Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

CPF: 037.930.763-42

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000855**

Conta: **0000093949-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072026 **Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data do Acidente: 15/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00515/00516 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14294335



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072026 **Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data do Acidente: 15/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Nº Sinistro: **3190072026**
ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: **15/10/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190072026**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14436428



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Terresina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

DPVAT

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.