

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190424006 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo E devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235208/19

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINE

CPF: 613.784.983-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2018

Titular do CPF: MARIA DO ROSARIO DE
SOUZA FONTINELE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE : 613.784.983-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019

Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

CPF: 613.784.983-05

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019

Nome: Patricia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTAINE

DATA DO ACIDENTE 01/09/18 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 613.784.983-05

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Abertura Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail _____
 Data 27/06/19 Assinatura Maria do Rosário de Souza Fontaine Tal. 9 9952 3113

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC AGUA BRANCA
 Atendente SEANESSCO TESSERA LIMA Matrícula 85.582.729-0
 Data: 27/06/19 Assinatura [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235208/19

Número do Sinistro: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINE

CPF: 613.784.983-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2018

Titular do CPF: MARIA DO ROSARIO DE
SOUZA FONTINELE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE : 613.784.983-05

Autorização de pagamento

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: 13/08/2019

Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

CPF: 613.784.983-05

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Paga: 00155500856 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº: 14552942

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235208/19

Número do Sinistro: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINE

CPF: 613.784.983-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2018

Titular do CPF: MARIA DO ROSARIO DE
SOUZA FONTINELE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

Outros

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE : 613.784.983-05

Autorização de pagamento



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019

Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

CPF: 613.784.983-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190424006 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo E devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190424006 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
Fontinele

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P15 P20 P21)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190424006 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P6 P7 P15 P20 P21)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190424006 Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190424006

Vítima: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003827**

Conta: **0000028254-1**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

613.743-05

Nome completo da vítima:

Maria do Rosário de Sousa Fontineli

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

Nome completo:

Maria do Rosário de Sousa Fontineli

CPF:

613.783-05

Profissão:

Trabalhadora rural

Endereço:

Rua Boa Esperança

Número:

389

Complemento:

Bairro:

Bulhões

Cidade:

Lima Branco

Estado:

PI

CEP:

64460000

Tel.(DDD):

E-mail:

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 Abnato. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 do 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

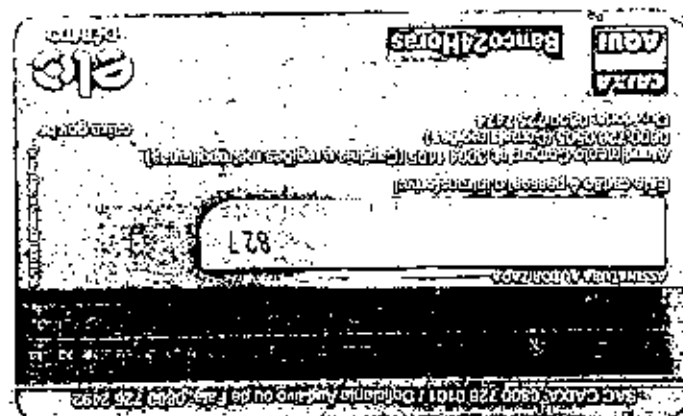
CPF:

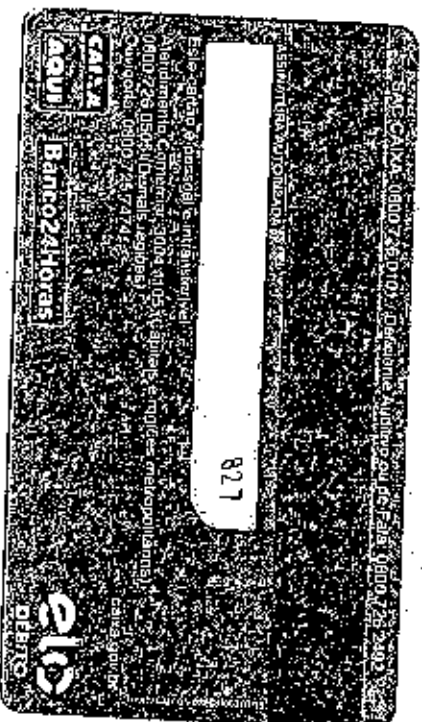
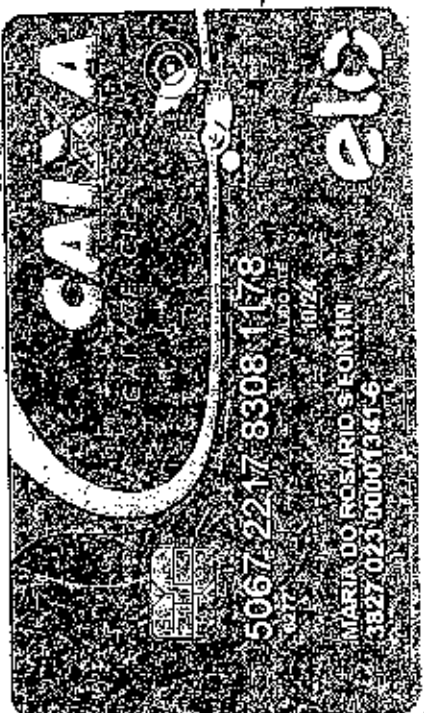
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 319042400613-784-983-05 3 - CPF da vítima: 613-784-983-05 4 - Nome completo da vítima: Maria do Rosário de Souza Fontinele

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

5 - Nome completo: Maria do Rosário de Souza Fontinele 6 - CPF: 613-784-983-05
7 - Profissão: desempregada 8 - Endereço: Av. João Ferreira 9 - Número: 7257 10 - Complemento:
11 - Bairro: Buluzão 12 - Cidade: Agua Branca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64460-000
15 - E-mail: 86-89553-0867 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,0

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENE

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3823 CONTA: 28254 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso no Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Agua Branca - PE, 22 de Outubro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria do Rosário de Souza Fontinele

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000172/2019-19

Unidade de Registro: 11ª DRPC - AGUA BRANCA

Resp. pelo Registro: Wilamar Pires Da Silva

Data/Hora: 26/03/2019 - 14:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE AGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

AV NECO TEIXEIRA, Nº:

Complemento

EM FRENTE AO SNOOK BAR

Bairro
CENTRO

Data/Hora

01/09/2018 - 23:30

RECEBIDO

03 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO ROSÁRIO DE SOUSA FONTINELE

RG: 3878494 SSP/PI

Mãe: MARIA A SILVA FONTINELE

Pai: JOAQUIM ROMANO DE SOUSA

Endereço: AV JOÃO FERREIRA, Nº 1257

Bairro: BULLUNGÃO

Cidade: ÁGUA BRANCA

Telefone(s): 86-9860-6560

Envolve: VITIMA/Noticiante

CARTÓRIO 1 OFÍCIO DE NOTAS

AVENIDA JOÃO FERREIRA, CENTRO - Nº 1250, ÁGUA BRANCA - PI

NOTÍFICO QUE A PRESENTE FOTOGRAFIA CONFERE COM O ORIGINAL NESTAS NOTAS. EM TESTEMUNHO DA VERDADE. DO
ÁGUA BRANCA, 17/09/2019 14:37:31

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata a noticiante que na data e local acima, ocasião em que se encontrava em seu trabalho, no Snook Bar, situado na Av. Neco Teixeira, Centro desta cidade de Água Branca; Que atravessou a para fazer entrega de uns pedidos a uns clientes que se encontravam dou outro lado da avenida e quando a mesma estava retornando para o bar, surpreendeu-se com uma motocicleta em alta velocidade que seguia na direção do Banco do Brasil, qual lhe acertou de cheio, tendo a noticiante e o motociclista caído no local; Que afirma a noticiante que foi atingida no abdome e membros inferiores, logo notaram que a perna estava fraturado, foi acionada o SAMU, que a levou ao Hospital da cidade de Água Branca - PI, conforme Prontuário de Atendimento de Urgência de nº 208, que passou uns três dias internada no mesmo hospital, sendo em seguida encaminhada para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde passou uma semana internada conforme Prontuário de nº 487016, do Referido Hospital; Que depois na data de 11-09-2018, a noticiante passou por procedimento Cirúrgico no HPM - Hospital da Polícia Militar, conforme Prontuário de nº 405071/18, do referido Hospital; Que acrescenta a noticiante que a Motocicleta HONDA, CG - 150 FAN, DE COR PRETA, ANO E MODELO 2013, PLACA QUC-3334, CHASSI 9C2KC1670DR030342, CÓDIGO RENAVAM 00532557450, NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA COMO JOSÉ VICTOR, residente nesta cidade, informação que a noticiante teve posteriormente, que o referido também caiu no local, mas sofreu apenas leves escoriações. Que diante dos fatos, registra o presente, com o objetivo de obter os benefícios do Seguro DPVAT. Era o registro.

Wilamar Pires Da Silva - Mat. 0410217
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA DO ROSÁRIO DE SOUSA FONTINELE - Noticiante
Responsável pela Informação

Paulo Roberto Menezes



AGUA BRANCA
Município de Agua Branca - MA

PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02

Dirceu Mendes
Arcoverde

USUÁRIO:
ANTONIA MARIA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 208

DATA: 01/09/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 00:11:17

COD.: 14258 Paciente: MARIA DO ROSARIO DE SOUSA FONTINELE

Nasc.: 25/03/1996

Raça: 003

Idade: 22 Anos, 5 Meses e 7 Dias.

Nome do Pai: JOAQUIM ROMANO DE SOUSA

Nome da Mãe: MARIA DA SILVA FONTINELE

Sexo: F Telefone: (86)99453-255

Cep: 64460000

Endereço: AV JOAO FERREIRA

Bairro: BULUNGÃO

Numero: 1257

Município: AGUA BRANCA

UF: PI

IBGE Mun.: 2200202

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: ZE DOCA

UF: MA

CNS: 163955188100009

RG Nº:

Orgão Emissor:

Data Emissão: / /

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 444632 Data: 01/09/2018 00:11:17

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente externo de Hospitalização; Apêndice da MIE +
Quadril. Mto antes de vir.

EXAMES FÍSICOS:

ABD: diminuído; distensão na FID. A 18:30h

AD: em euflexão

PA: 130/90mmHg

pt 54% FC 94 bpm

TA 92 bpm

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura Humer + Fratura Distal F

TRATAMENTO SOLICITADO:

(01) - SFD, 97,500 ml EV 21 gnt

(02) - Analg. 20m - Olan TAD Exibido

(03) - tranq. 10m - Olan + 20ml SFD, 97,500 ml EV 21 gnt

(04) - Dipirona 1g 1amp + AD EV 6/6h

(05) - Propofol 100mg + 100ml SFD, 97,500 ml EV 21 gnt

Dr. Marcel S. de Almeida
MÉDICO
CRM-PI 6133

DR. GERALDO DE MAJELLA R SOARES

CRM.: CRM - PI 651

CNS: 107338864900005

Assinatura do Paciente ou Impressão Dig.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Maria do Rosário de Sousa Fontinele 613.784.983-05 31-08-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Maria do Rosário de Sousa Fontinele

613.784.983

E-mail

Telefone (DDD)

86 99952-3113

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Agua Branca PE 08 maio de 2019

Local e Data

Maria do Rosário de Sousa Fontinele

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Maria do Rosário de Sousa Fontinele

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

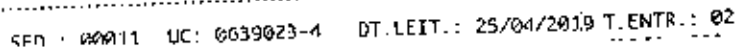
CLIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000028254-1

Nr. da Autenticação 666863519A5E3E5D





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.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: 0800-1596 / 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: 0800-021 91 35

Eu, Manoel Gomes Maia
RG nº 206.2794, data de expedição 11/06/11
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 905.566.313-15
com domicílio na cidade de Água Branca, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antonio Tupinambá Portela, nº 298
complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maria do Rosário de Sousa Fontenele cujo o condutor era
José Vitor Alves Silva Maia
Veículo: motocicleta Modelo: CG 150 FAN ESI Ano: 2013
Placa: DVC 3334 Chassi: 9C2KC1670DR030342
Data do Acidente: 31/08/2018

Serventia do
1º Ofício de
Água Branca-PI

Local e Data: Água Branca - PI, 08 de maio de 2019

Manoel Gomes Maia
Assinatura do Declarante

José Vitor Alves Silva Maia
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Alana Grézia Pinheiro
Escrevente Compromissada

CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS
AVENIDA JOÃO FERREIRA, CENTRO - Nº 530, ÁGUA BRANCA - PIAUÍ
DECLARANTE POR SEMELHANÇA A FIRMA DE MANOEL GOMES MAIA, E
DA VERDADE, DOU FE: ÁGUA BRANCA, 24/08/2019 08:35
EST. Alana Grézia Pinheiro Santos Leal
ALANA GRÉZIA PINHEIRO SANTOS LEAL - ESCRIVENTE COMPROMISSADA
TmL: R\$ 3,35 T.J.: R\$ 0,77 I.V.F.: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,92

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Prova Indivisível
Estado de Piauí
Arquivo de Notas
Registro e
Judicial
WILSON BARBOSA PEREIRA
TABELIÃO INTERINO
Av João Ferreira nº 580 Sala 508
Centro - CEP 64460-000
Água Branca - PI Fone: 3280-2338

CNPJ: 32.736.201/0001-01
SERVENTIA DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
DE ÁGUA BRANCA - PIAUÍ



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Documentação médica - hospitalar



NOME DO PACIENTE: Maria do Rosário Figueira Fontenele
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 482016

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

SILAB -
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUY
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.537.917/0022-02

- Camp. - G
- 13.0K
- Ortopedia

Imp: 12/09/2018 09:40:15

Usuário: MARILENE SIQUEIRA

Estação: NOTEM

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	Prontuário:	487016
Mãe:	MARIA DA SILVA FONTINELE	Pai:	JOAQUIM ROMAO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SAMBAIBA DOS CARDOSOS - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000		
Nascimento:	25/03/1996	Idade:	22a5m8d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99948-7146
Responsável:	ANTONIA	CNS:	163955188100009
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 613.784.983-05
G. Instrução:	Superior Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	682221	Data:	02/09/2018 09:34:09	Condução:	AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	DOR MEMBROS INFERIORES			Convênio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE ENCAMINHADA VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA COM QUADRO DE FRATURA DE TIBIA E FIBULA E DISTAL.		MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 363564 Em: 02/09/2018 09:40:14	

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Exame físico: membros inferiores com dor moderada, edema moderado, sem sinais de infecção.

Pa: _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

02/09/2018
Helder
Abel

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: _____	HORA: _____	Procedimento	CID
		5822	

Antonia Luciene
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Helder
Assinatura - Profissional Médico

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	Prontuário:	487016
Mãe:	MARIA DA SILVA FONTINELE	Pai:	JOAQUIM ROANAO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SAMBAIBA DOS CARDOSOS - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000		
Nascimento:	25/03/1996	Idade:	22a5m8d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99942-7146
Responsável:	ANTONIA	CNS:	163955188100009
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 613.784.983-05
G. Instrução:	Superior Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	682221	Data:	02/09/2018 09:34:09	Clas. Cor:	Amarelo	
tipo da Procura:	DOR MEMBROS INFERIORES				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	02/09/18	ESPECIALISTA:	CIRURGIA GERAL
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Sem indicação de abordagem para cirurgia geral no momento CD. Alta do Cirurgião Geral			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
----------------------------------	--

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		
Carimbo/Assinatura Solicitante		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
----------------------------------	--



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - UT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 12864 - Em: (03/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
221976	487016	MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	POSTO 1	ANEXO P01	LEITO	JOSE FERREIRA NETO
Evolução:						
10h	12h 14					
10h	22h					
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:
Dieta						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	frasco	EV	12/12h	
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. 5/2ML. AD	1,00	Ampola	EV	8/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	
4	TENSOLICAM 20MG/ML, PÓ 2/SOL. INJ. S/N	1,00	Ampola	EV	12/12h	
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL S/N	1,00	Ampola	EV	8/8h	
6	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcuta	12/12h	

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

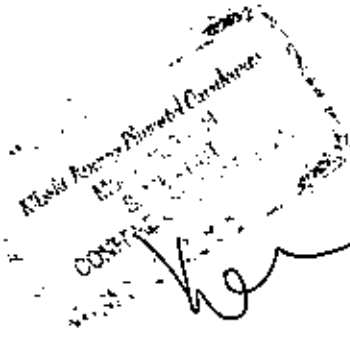
18h - Paciente transtornado
fluido

18h - Paciente transtornado
fluido

18h - Paciente transtornado
fluido

18h - Paciente transtornado
fluido

18h - Paciente transtornado
fluido





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	221976

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	6 - Prontuário: 487016		
7-CNS: 163955188100009	8-Nascimento: 25/03/1996	9-Sexo: Feminino	CPF: 613.784.983-05
11-Mãe: MARIA DA SILVA FONTINELE	12-Fone: 86-99948-7146		
13-Resp: ANTONIA	14-Fone: 86-99948-7146		
15-Endereço: RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SAMBAIBA DOS CARDOSOS - CEP: 54460-000			
16-Munic: AGUA BRANCA	17-Cod. IBGE: 220020	18-UF: PI	19-CEP: 54460-000

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd. Anterior 0408050500	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
21-Cod. Mudança Procd. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
23-CID Prim: 26-Diagnóstico: T131 Ferimento de membro inferior, nível não especificado	28-CID Sec.: 28-CID C.Ass.:

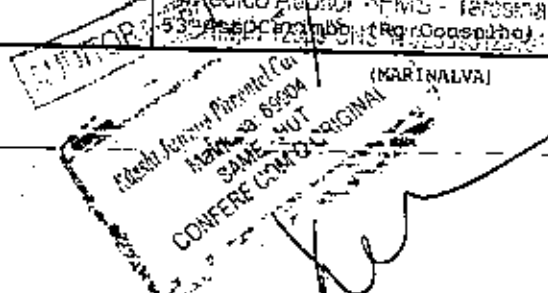
37-Profissional Responsável: RAFAEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 02/09/2018	40-No. Doc. Med. Solic. 809.651.803-87

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATOS DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PERNA ESQUERDA. AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. FOI REFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVIÇO.

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 02/09/2018	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF: 2809 R Marcondes Martins S. Moura Médico Especialista FMS - Teresina Ass. Carimbo (Rg. Conselho)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126854

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	221976

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	6 - Prontuário: 487016
7-CNS: 163955188100009	8-Nascimento: 25/03/1996
9-Sexo: Feminino	CPF: 613.784.983-05
11-Mãe: MARIA DA SILVA FONTINELE	12-Fone: 86-99948-7146
13-Resp: ANTONIA	14-Cor: Amarela
15-Ender: RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SAMBAIBA DOS CARDOSOS - CEP: 64460-000	
16-Munic: AGUA BRANCA	17-Cod. IBGE: 220020
18-UF: PI	19-CEP: 64460-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Fratura da diáfise da tíbia</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>Fratura da diáfise da tíbia</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Fratura da diáfise da tíbia</i>
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tíbia
24-CID Prim: S822
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500	29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS 4
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF
32-Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: BÉRGIEL BARBOSA BEZERRA	34-Data Solicitação: 02/09/2018	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM): <i>Dr. BÉRGIEL BARBOSA BEZERRA</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Blihera:	41-Serie:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CHAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>Kleber Jones</i>	47-Data Autorização: <i>02/09/2018</i>
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: <i>1702620512000</i>
50 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Antônia Bezerra</i>	Usuário: (CAMILA NORBERTA) Consulta Local: 682221 Consulta SUS: Impressão: 02/09/2018 14:31:45

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR

Nº LAUDO: 126854

AIH: 2218101640337

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 163555188100009	NOME DO PACIENTE MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE	NASCIMENTO 25/03/1996	SEXO F	PRONTUÁRIO 487016
DOCUMENTO	TELEFONE NOME DA MÃE MARIA DA SILVA FONTINELE	RESPONSÁVEL ANTONIA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE 00		
BARRIO CESTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 220020 AGUA BRANCA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMA EM TIBIA ESQ

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S2 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10

SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS

ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA
SOLICITAÇÃO
02/09/2018

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

CPF: 80965180387

CRM:

DATA ADMISSÃO

02/09/2018 09:34

DATA ALTA

03/09/2018 14:00

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	--------------------	---------------	-------	---------------------------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

CPF: 00171471334

CRM

DATA ANALISE: 02/09/2018 14:46:45

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Ata de Conselho Municipal de Saúde
Mesa 30.1.1
SUSC - HUT
CONFERIDO: 02/09/2018

MÉDICO/CRM:



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 1, 9, 18 HORA: 00:35 Nº DO TELEFONE: 86 32821163
HOSPITAL SOLICITANTE: HMSIOMA MUNICIPIO: Agua Branca
MÉDICO: Dr. Marcel CRM: 6133

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria do Rosário de Sousa Fontinele

Data de Nascimento: 25.3.1996 Idade: 22 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 163 955 189 706 009

Município de Procedência: Agua Branca

HDA: Paciente vítima de Atropelamento, orientado, Mando de en MIB + Quechil. Npo oução

HD: Fratura de tíbia + fíbula F. distal CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

(X) Espontânea

3-Comandos

2-A dor

1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

(X) Orientado

4-Confusa

3-Palavras inapropriadas

2-Palavras incompreensíveis

1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

(X) Obedece a comandos

5-Localiza dor

4-Movimento de retirada

3-Flexão anormal

2-Extensão anormal

1-Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: 100/50 mmHg Sat O₂: 97 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

(X) Hidratação Venosa

() Aspiração

() Medicação (especificar) Tranex 100 mg + Quechil 200 mg

() Curativo

() Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

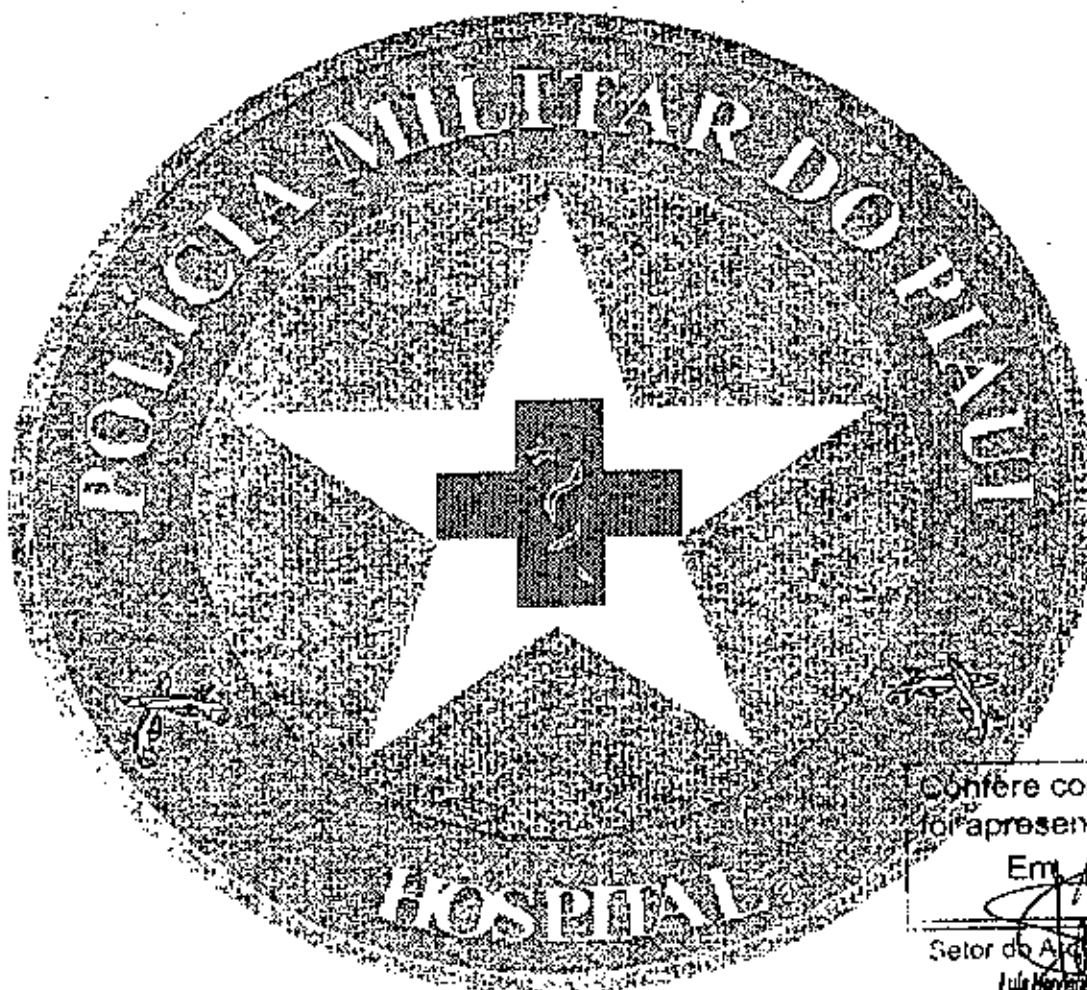
Hospital: _____

Clínica/Posto: _____

Senha: 39684



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que foi apresentado(a) e dou fé.

Em 19/03/19

Setor de Arquivo Técnico do HPM/PI

Lúcia Maria de Vasconcelos Reis - 1ª TEN PM

Chefe de Arquivo Técnico do HPM PI

RG: 105198183-2 MEX 14350

NOME DO PACIENTE Maria do Rosário de Sousa Bastos
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 405074/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216-1528

Saúde
Secretaria de Estado

11/09/2018

Comprovante da alta

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: 127199

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

Nascimento: 25/03/1996

Procedimento:

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID:

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Data da Solicitação: 03/09/2018

Data da

Autorização: 05/09/2018 12:05:44

AIH.: 2218101655407

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 11/09/2018 11:24:34

11/09/2018 11:24:34
M221100001
M221100001
M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 127199

AIH: 2218101655407

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÔCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

1439551RR100009

NOME DO PACIENTE

MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

NASCIMENTO

25/03/1996

SEXO

F

PRONTUÁRIO

405071

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA DA SILVA FONTINELE

RESPONSÁVEL

MARIA DA SILVA FONTINELE

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

0000

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

ÁGUA BRANCA

UF

CCESTRO

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM PERNA (E) E. Q. DOM

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRANSFERÊNCIAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0409050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

03/09/2018

LUCIANO PUNCE LEAL

CPF: 16778699841

Luís Henrique PUNCE LEAL
RGPM 107495113-21 Mai 14495-9
CRM: 3 Set 2010 12:00:00

DATA ADMISSÃO

03/09/2018 18:24

DATA ALTA

11/09/2018 10:42

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA

CPF: 46261079315

CRM:

DATA ANÁLISE: 03/09/2018 12:05:44

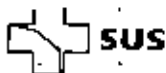
NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

CPF:

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	2. CNES 2323451
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	4. CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE					
6. Nº PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC.	9. SEXO: M / F	DOCUMENTOS: RG	CPF
			1	3	
10.1 NOME DA MÃE		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL			
12.1 ENDEREÇO		12.2 BAIRRO		12.3 COMPLEMENTO	
12.1 ENDEREÇO LOCAL		12.2 BAIRRO LOCAL		12.3 COMPLEMENTO LOCAL	
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO	14. IBGE		15. UF	16. CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Repre acidente de trânsito com trauma na perna esquerda.</i>		
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Intoxicação cirúrgica</i>		
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + exame físico.</i>		
20. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tíbia</i>	21. CID 10 PRINCIPAL <i>S62.2</i>	22. CID 10 SECUNDÁRIO
23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fratura de tíbia</i>		25. COD. DO PROCEDIMENTO <i>0408050500</i>
26. LEITO/CLINICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>PERNANDA FARIAS</i>
29. DT/SOLICITAÇÃO <i>12-09-18</i>		30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXISTENTES
ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
36. () ACID TRABALHO TÍPICO	38. CNPJ EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40. CBOR
37. () ACID TRABALHO TRAJETO			
41. CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42. CID 10 SECUNDÁRIO	43. () LEVE 44. () GRAVE 45. () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>12.09.18</i>	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
47. DT. AUT. 48. CNS/CPF	50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / ADITÓRIA
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	51. DT. AUT. 52. CNS/CPF
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		03/09/2018
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐		Nome: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE		Pront.: 406071
		Naso.: 25/03/1998 Sexo: F		Convênio: SUS - INTERNACAO
		Atendimento: 757401		Enfermaria: POSTO II
		ENF 211 LEITO		Leito: 211
CLÍNICA		Pai:		
		Mãe: MARIA DA SILVA FONTINELE		
Médico Assistente		RG: 3878494		
Permanência		Residência:		
		AV JOAO FERREIRA Nr.: 1257 Cep: 64460970		
CLÍNICA		Bairro: BULUNGÃO Cidade: AGUA BRANCA Telefone: 86 - 998606580		

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Refere queda ao ser atropelado por uma moto com trauma na perna esquerda.

DIAGNÓSTICO

Provisório:	Fratura de fíbula Esq	CID	S821
Principal:		CID	
Procedimento:			

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Hemato e Histopatologia Res. 11/09/2018
RG-PM 11/09/2018 21:11:11
*Selo do Ictino Técnico

TRATAMENTO

Tipo: ☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia ☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico
---	--------------------	----------	--

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
03/09/2018 18:24:44

Data da Alta:
11/09/2018

Data da Hospitalização
/ /

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

Dr. Ferdin
Freita
etologia
tovo
CRM-PI 11020

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
 CEP: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-J



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / 05 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO: 405071 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 001050205

Descrição da Cirurgia:

1. Paciente em DDH sob anestesia
- 2 Anestesia e antiespasmódico + campos estíreis + gonddamento
- 3 Incisões ântero-medial + divulsões por planos, + redução da fratura e osteossíntese com placas e parafusos
4. Sutura por planos + curativos

Los Hércules 10/05/18 11:04 PM
RPM 10/05/18 11:04 PM
Data: 10/05/18 11:04 PM

Cirurgia: Fratura tibia distal Esq

Cirurgião: Dr Ferdinand

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Nelson e Ad-Jacarina

Circulante: Mayra

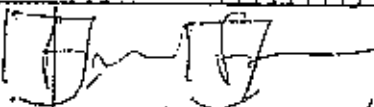
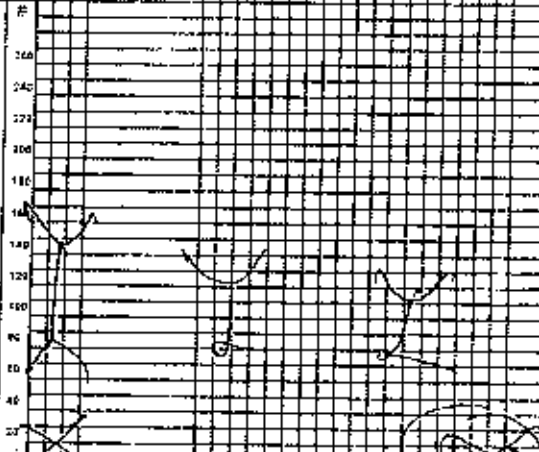
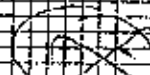
Dr. Ferdi
CRM
CRM 3096

Felita
CRM
CRM 11020



DATA: 10/03/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 405076
CÓD DA CIRURGIA: 070303025

NOME: Maria do Rosário de Sousa Fontinelle Sexo: F ASA: 0
 PROGRAMAÇÃO: Prostata de ultra exiguida Apt/Enf e Lello: 377-02
 CIRURGIÃO: Ferdinando AUX: _____ ANEST: Nelson ANESTESIA: Raspur
 INSTR.: Nelson e Sanchum ANEST.: 15-13 FIM: _____ SALA: _____
 P.A. _____ F.C. 164 PESO: 167 g/gl. Glicemia: _____ Creatin: _____ Respi: _____

ANUITE BALANÇO		OXIGÊNIO		SEQUÊNCIA	
		1	2		
REPOSIÇÃO VOLUMICA					
MONITORIZAÇÃO		$\text{SaO}_2(\%)$ 98% 98% E.C.G. EICO (mmHg) 		1) 19/09/2022 2) 18/09 - 20/09/2022 3) Monitoriz 4) 9/09/2022 5) 09/09 - 20/09 6) 09/09 - 20/09 7) 09/09 - 20/09	
X INÍCIO E FIM DA ANESTESIA M.F.A. L. P.A. VEDIA - FREQUÊNCIA CARDÍACA A.P.A. DIASTOLICA TEMPERATURA		DIURESI (ml) 			

Cementários e clonagem

Laquiescentia 2 Plm 64,
Lep. bairdii, agniph-205

☐ EGG
☐ PATA
☐ PAN

☐ Oximetre
☐ Capnograph
☐ PVC

Gase	Time	Initial	Final	Temp
Conc. 1				
Conc. 2				
Conc. 3				

המחברת: ד"ר חיה ליבוביץ

Adrenalina	_____	Amp
Água dest. 50ml	_____	Amp
Atropina	_____	Amp
Bexira	_____	Amp
Bromoprida	_____	Amp
Cefazolina 1g	_____	Fr
Cefotetina	_____	Fr
Ciprofloxacina	_____	Fr
Clonidin	_____	Amp
Coloido 1 l	_____	Fr
Dexametazona	_____	Amp
Diazepam	_____	Amp
Dimorf	_____ mg	Amp
Dipirona	_____	Amp

Diazetina	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Eferil	_____	Amp
Efedrin	_____	Amp
Enflurano	_____	ml
Fentanil	_____	ml
Fentanil (S/C)	_____	Amp
Holofano	_____	ml
Hidrocortisona	_____	ml
Isoflurano	_____	ml
Jelco n°	_____	Und
Lidocaina	_____ % _____ V	Fr
Ketaclopramida	_____	Amp
Mannol	_____	Fr

Mefenorex	Fr
Metronidazol	Fr
Neocaina Par 0,5%	Am
Narcex	Am
Novebupl 0,5%	Fr
Nubol	Am
Neocaina % V	Fr
Neocaina 0,5% isobar	Am
Nepitigmina	Am
Onaprezol	Fr
Ondasetron	Am
Polise Gel	Fr
Pancuronio	Am
Propid	Fr

Propofol	ml	Amp
Etanlididaz		Amp
Quelicin		Amp
Quetamina	ml	
Ramidentasil		Fr
Ringer-lactado		Fr
S. Flotolég. 0,8%	ml	Fr
S. Glicosado 5%	ml	Fr
Scalpa®		Unit
Trocar		Amp
Titalit		Fr
Ticunolol		Fr

Anesthesiology 1994;81:144-148

Medico Anestesiologista
CRM - PI 1851 / CBO - 363 0114

P-1

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____

CONTATO FEITO COM: _____

CONFIRMADO A VAGA: SIM () NÃO ()

126 854

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Maria do Rosário de Souza Furtado

IDADE: 220 ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Rua da Boa Vista (Ardor) - Água Branca

RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ()

CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Trauma em perna (E)
fb fr

EXAMES REALIZADOS:

rx perna (E) - fratura de
diáfise e tíbia

DIAGNÓSTICO:

fx - tíbia (E) / 5822

Em Nome do Responsável Res. 1754 PM
RCPM 102158 15/04/2018 15:00
Cópia da Sec. de Arquivo Clínica

TRATAMENTO REALIZADO:

Albutorap

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Hosp - de f - - KPH

DATA: 03/09/2018

157

Ass. e carimbo do médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Internação:		Prontuário:		Paciente:		Clínica:		Enfermaria:		Leito:		Médico Assistente:							
221976		487016		MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FORTINELLE		PÓS-01		ANEXO P01		LEITO		JOSE FERREIRA NEVO							
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:																	
Hora:		Alergias:																	
Seq.:		Designação-Apresentação/Observação:		Dose:		Unid.:		Via:		Int.:		Frequência:		Dil. Vol.:		Horários:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Data:		ORAL, tipo LIVRE,																	
1		CLOREXO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (pela)		1,00		frasco		EV		12/12h									
2		KAMITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML AD		1,00		Ampola		EV		8/8h									
3		DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML		1,00		Ampola		EV		6/5h									
4		TENOCICAM 20MG/ML, 20 F/SOL. INJ. S/N		1,00		Ampola		EV		12/12h									
5		TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL S/N		1,00		Ampola		EV		8/8h									
6		HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC NXP 0,25ML		1,00		Ampola		Subcuta		12/12h									

Luiz Henrique de Faria
 RCPM 105 198713-7
 Data 12/09/2018 15:03



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118204
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
NOME DA MÃE: MARIA DA SILVA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1996
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 10/09/2018
DATA DO LAUDO: 12/09/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório.

Osteossíntese de fratura na tíbia, diáfise distal, com placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, na fibula, diáfise distal.

Tala gessada.

*Correlacionar com dados clínicos.

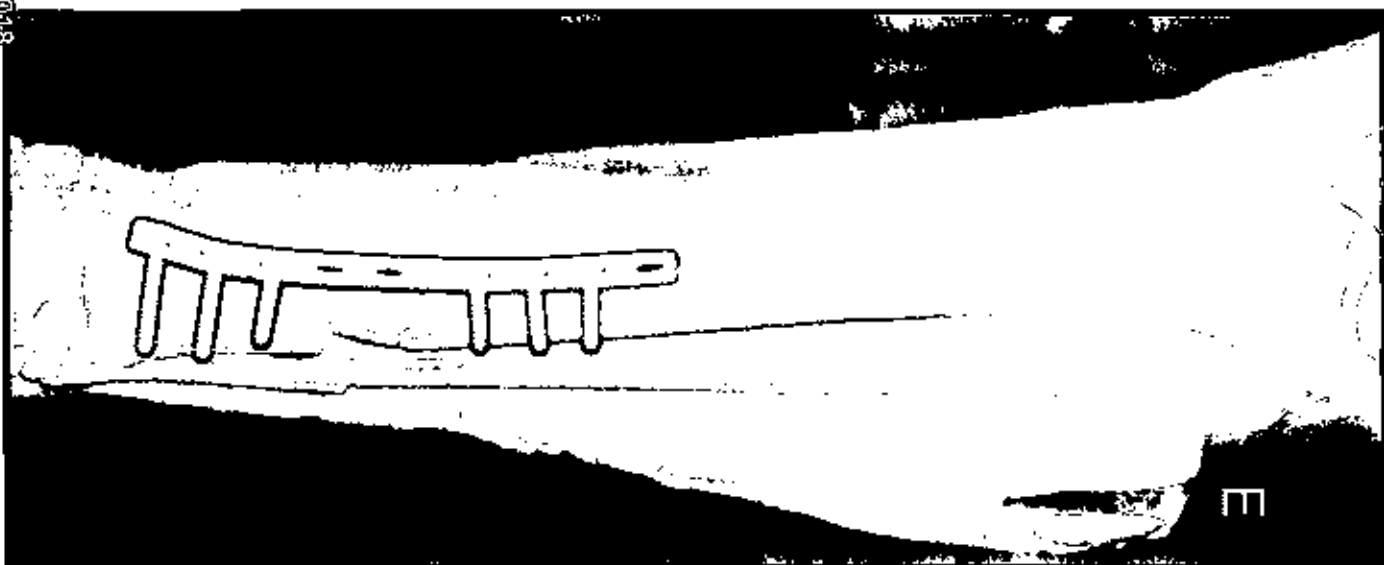
Luís Henrique V. de Sousa Costa
RGPM: 105.198/13-2/18
Chefe do Setor de Radiologia

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

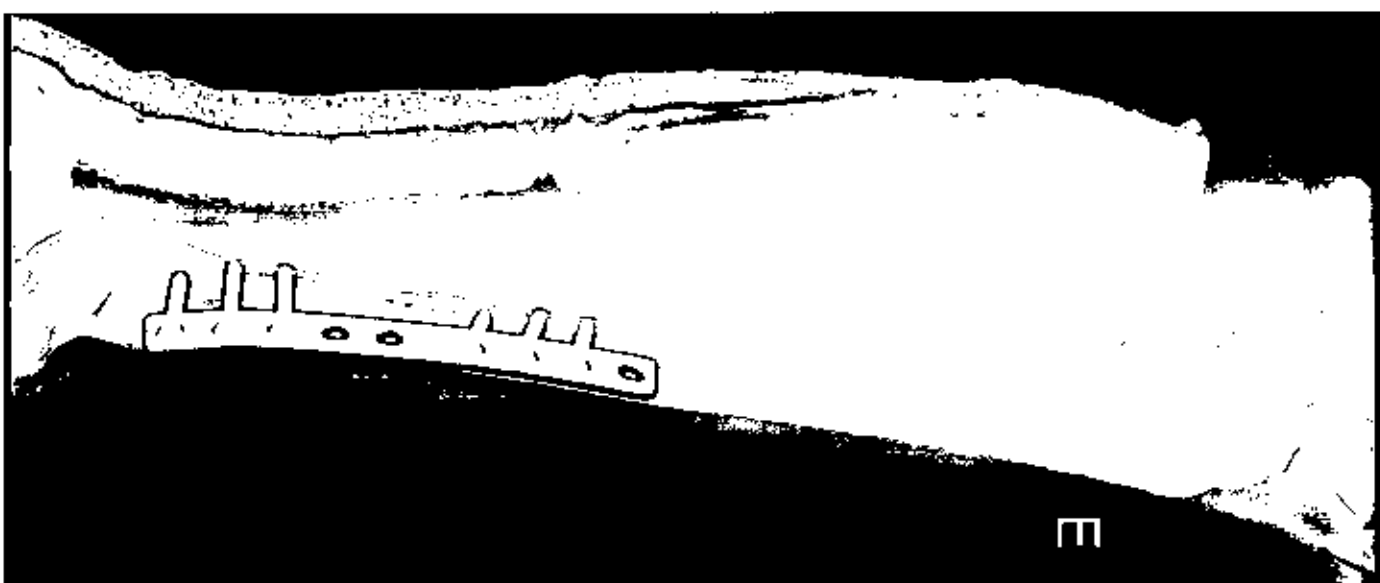
NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

ID: 111220-3
Paciente: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA PONTINHELE
Idade: 022Y
Sexo: F

Horas: 08:31
Exame: 11/09/2018



Dr. Marcos Vasconcelos
RGPM 107198-47 Matr. 111220-3
Chefe do Setor de Radiologia



Ata dia - 11-09-18
RPM



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 117257
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
NOME DA MÃE: MARIA DA SILVA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1996
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/09/2018
DATA DO LAUDO: 14/09/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas cominutivas, obliquas, localizadas nas diáfises distais na tibia e fibula, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, obliquas, localizadas nas diáfises distais na tibia e fibula, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Luz Hellenes V. de S. Soares
RGPM 106198173/2018
Data 14/09/2018

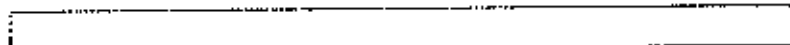
Dra. Liege Ribeiro Soares de Sampaio
MÉDICA
CRM-PI 4174

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4174

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.169/0002-25

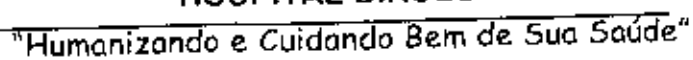
Telefone: (86) 3227-6265 -
Fax (86) 3216-1520

ID: 117267
Padrão: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
Idade: 022Y
Sexo: F



HPM
Luz: Luz
Rota: 180°
Data: 04/09/2018
Hora: 08:15
Exame: 04/09/2018





Telephone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

ID: 117257
Paciente: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
Idade: 022Y
Sexo: F

Hora: 08:44
Exame: 04/09/2018



Uso: Paciente: Vitoria Ros. F. 117257
RG: 105.981.72-24 Matr. 117257-9
Cidade: São João del-Rei



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 112437
ATENDIMENTO: 757401
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1996
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: DARLINE CARVALHO GIL BARBOSA
POSTO: POSTO II ENF: 211 LEITO: 03

DATA: 03/09/2018

SEXO: F
IDADE: 22a 5m 11d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hemácias.....: 3,48 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 10,20g/dl
Hematócrito.....: 30,0%

Valores de Referências
Homem Mulher
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8
13,5 - 18,0 11,5 - 16,4
40,0 - 54,0 36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 9.000mil/mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....: 55
Segmentados.....: 55
Eosinófilos.....: 3
Basófilos.....: 41
Linfócitos.....: 1
Monócitos.....: 1
Metamielócitos.....: 0
Mielócitos.....: 0

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS: ACENTUADA HIPOCROMIA

Plaquetas.....: 215.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Los Nomes M. Macedo: Res. 112437
RGPM 104196173/27/04/11-35-0
Data: 03/09/2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUÍMICO
CRE-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRE-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRE-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 112437
ATENDIMENTO: 757401
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1996
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: DARLINE CARVALHO GIL BARBOSA
POSTO: POSTO II ENF: 211 LEITO:

DATA: 03/09/2018

SEXO: F
IDADE: 22a 5m 11d

CREATININA **0,8 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

Luiz Humberto de Aguiar
RGPM 108.458.734-1
Data 03/09/2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 112437
ATENDIMENTO: 757401
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1996
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: DARLINE CARVALHO GIL BARBOSA
POSTO: POSTO II ENF:211 LEITO:

DATA: 03/09/2018

SEXO: F
IDADE: 22a 5m 11d

GLICEMIA

RESULTADO:: 84,00 MG/DL

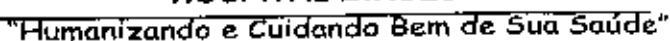
VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO
MATERIAL: SORO/PLASMA

Losilianeide R. dos Reis
RCPM 104104-7/2008
Cidade de Teresina - Piauí

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



SEXO: F
IDADE: 22a 5m 11d

UREIA: 28 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

MAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

WHS HANCOCK RECORDS
RCPM: ICE 100-27-1000
DATE: 10/25/2010 10:00 AM

☎ **Teléfono:** (86) 3228-1260
☎ **Fax:** (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 112437
ATENDIMENTO: 757401
PACIENTE: MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE
DATA DO NASCIMENTO: 25/03/1998
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: DARLINE CARVALHO GIL BARBOSA
POSTO: POSTO II ENF: 211 LEITO:

DATA: 03/09/2018

SEXO: F
IDADE: 22a 5m 11d

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 6,50 min.
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVO
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 1081987-27/08/11-4320
Ficha de Selo de Humanização

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higinio Cunha, 1642 - Silholes - Teresina/PI
CEP 64014-220 - GNPJ 07.444-159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3218-1520

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTENELE** (Identificação 407840)
Endereço: **RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SOMBIA DOS CARLOSOS - AGUA BRANCA - PI CEP: 64060-000**
Data de nascimento: **25/03/1996** Idade: **22 anos** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **8922/m**
Equipção: **059300** Solicitação: **02/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Ampliação: **1076214** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Data Exame: **02/09/2018**

Id. SIA: **0206020046**

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões de normalidade.
- Vesícula biliar: tópicos, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocoledoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões de normalidade.
- Porta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões de normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anormais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs. Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

TERESINA - PI 02/09/2018

HELDER DO ESPÍRITO SANTO FRANCA
CPF: 287.117.933-65 CRM: 0113712
Profissional Registrado

Luis Henrique dos Santos
RGPM 105489/13-2
Cidade de Teresina - PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE** (Prontuário: 487016)
 Endereço: **RUA FLORIANO CIRQUEIRA - SAMBAIBA DOS CARDOSOS - AGUA BRANCA - PI CEP: 64460-000**
 Nascimento: **25/03/1996** Idade: **22a5m8d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **682221**
 Requisição: **869800** Solicitação: **02/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1076914** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 02/09/2018

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: com dimensões e volume normais. Ecogenicidade parenquimatosa preservada.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

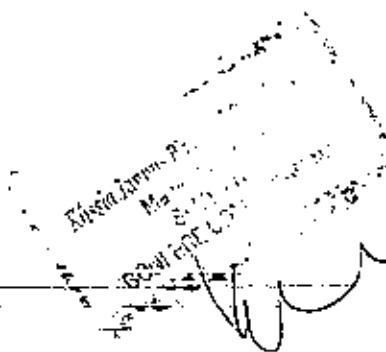
(HELDER FRANÇA)

TERESINA - PI 02/09/2018

HELDER DO ESPIRITO SANTO FRANCA

CPF: 287.117.933-68 CRM-PI 3714

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Maria do Rosário de Souza Fontinele

0928415 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.878.494 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/09/16

NOME MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE

FILIAÇÃO MARIA DA SILVA FONTINELE
JOAQUIM ROMANO DE SOUZA

NATURALIDADE JOSÉ DOCA DO MARANHÃO-MA DATA DE NASCIMENTO 25/03/1996

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 11833 L 534 F 64
EXP. ÁGUA BRANCA RJ 07/07/09
CPF 613.784.983-05

0928415 ASSINATURA DO TITULAR *Antonio Pinheiro de Vasconcelos*

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83 - DECRETO Nº 85.250/80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 013227392860
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00532557450 R.M.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

MANOEL GOMES MATA

90556631315

OUC-3334

9C2KC1670DR030342

PAS/MOTOCICLIS/NEENHUA

ALCOOL/GAS

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013 2013

02P/0149CC

PARTICU

PRETA

COTA UNICA

VENIC. COTA UNICA

1º IPVA

FADA IPVA

PARCELAMENTO COTAS

2º IPVA

SEGURO PAGO

PREMIO TOTAL

PREMIO PARCELADO

A/FID. DA

ADMINISTRADORA DE CONZ NRC HON

AGUA BRANCA

LOCAL

16/03/2018

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

PI Nº 013227392860 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOTA: O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
DEVE SER LIDO COM ATENÇÃO. LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.segurodpvat.com.br

CAC DPVAT 0500 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 16/05/2018

VIA 1 CDD RENAVAM 00532557450

PLACA OUC-3334

2013

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013

09

9C2KC1670DR030342

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

503,53

000,00

105,50

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

23/04/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

0500 022 1204

DUT



**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: **3190424006**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DO ROSARIO DE SOUZA FONTINELE**

Endereço do(a) Examinado(a):

Av Boa Esperança, 289 - Bulução - Água Branca - PI - CEP 64400-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3878494**

Data e local do acidente: [**01/09/2018**]

AV NECO TEIXEIRA SN BAIRRO CENTRO AGUA BRANCA PI

Data e local do exame: [**21/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDA

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

Região Corporal (Sequela):

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

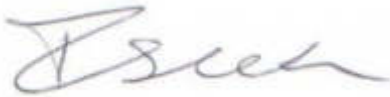
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI