

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: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000107960-4

Nr. da Autenticação 4BE349FEE55D3666

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

Av. Maranhão, 759/SUL - TERESINA

Distrito: Centro - Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 5830431

EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS

R. VIDEIRA, 5898 , 5898

SAO FRANCISCO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
3278182	05/2018	17/04/2018 a 16/05/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
270	23/05/2018	R\$ 248,37

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

Av. Maranhão, 759/SUL - TERESINA

Distrito: Centro - Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
3278182	05/2018	R\$ 248,37

836000000023.483700170002.000000003277.818205180057



SABEM! SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO

		CNPJ 27.574.749/0001-06 - IE 193955574	
		AL. OF. OF. AVENIDA 1055, PECHE - CEP 64017-280, Terezina - PI Telefone: (65) 322 2006 ou 115 / (65) 98129-6135	
Número da Conta:		NÚMERO: 13428373-2	
TIPO: 1.55 291000018552		SITUAÇÃO: ANS/AND 151591806 6/2018	
Nome/Estado: ACASADOS MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL			
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018659			
VALOR:		GRUPO: Número do Documento	
261.09028-000060		001 Y14N135124	
DETALHAMENTO DA CONTA:			
MATERIAL DE CONSUMO:	DATA	DETALHADA	DETALHADA-DETALHADA/DETALHADA
RES/ANNO TIPO		VALORADO	1 Residencial - Normal
05-2018 Liso	22	10	
04-2018 Liso	25	10	
03-2018 Liso	25	10	
02-2018 Liso	24	10	
01-2018 Liso	25	10	
00-2017 Liso	25	10	
ANTERIOR 04/05/2018		121	DATA: 14/06/2018
ATUAL 06/06/2018		122	PULPES: 16.010,500 + G.R.
TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA Fatura	
RESIDENCIAL	PERÍODO CONSUMIDOR(S) (mês)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51	VALOR
0	2.6516 m3	> Residencial-Normal 10,0 m3	26,51
16	4.5466 m3	VALOR DE ESGOTO - 13,26	13,26
25	5.5088 m3	> Residencial-Normal 10,0 m3	0,22
		JUROS POR ATRASO 05/2018	0,22
		MULTA POR ATRASO 05/2018	0,82
NÃO RESIDENCIAL			
FATURA DE CONSUMO(MSE)(%)			
MOVIMENTO			
18/06/2018			
RECUNTO BANOS / ANDAMALHOZOS			
ATENÇÃO!			
NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM(0) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.			
2018 (PT) 100%			
Até 60 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007 Art. 4º, Inciso V e nº. 2.821/95, Art. 6º, §ºº, Inciso II.			

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 25/4/2023 DO M/S DECRETO N° 5.440)					
PARÂMETROS	ANOTATRAS REALIZADAS	ANOTATRAS EM CONFORMIDADE	ANOTATRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MED.	VALOR PÊNITENCIAL
CLOURO LÍQUIDO	2.762	3.715	47	1.25	0,20-5,00 mg/L
COPARAFINICO	2.520	1.782	783	10,14	Inferior a 15,00
pH	2.256	2.718	38	6,56	6,00-9,50
TURÍCER	2.767	2.435	332	2,92	Inferior a 5,00

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA [PORTARIA 29/4/2011 DO MUSEDEQ, ON 5.440]					
PARÂMETROS	ANOS/STRAS REALIZADAS	ANOS/STRAS EM COMPARAÇÔE	ANOS/STRAS EM DESENVOLVIMENTO	MÉDIA / MÊS	VALOR FERMENTO
COLIFORMES TOTAL	907	900	17	Ausência	Ausência
ESPIRIFEROS	907	907	0	Ausência	Ausência

RECEBIDO

DIA DA EMISSÃO: 05/05/2018 HORA DA EMISSÃO: 16:51

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste 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 SUSEP¹ 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 faixa 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 Marcia Vital de Lima, inscrito (a) no CPF/CNPJ 500.071.253 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Firmelma Andrade da Costa Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.493.873 / 21, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro / da Vítima Firmelma Andrade da Costa Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 24 de Junho</u>	Número	<u>354</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro / Norte</u>	Cidade	<u>Tijoinha</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>marcavital@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(186)3234-8541</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(186)988418-6903</u>

Tijoinha - PI, 15 de Junho de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

Marcia Vital de Lima
Assinatura do Declarante

RECEBIDO



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente

1400451



Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Identificação:	1.400.451	Preço:	429,598
Nascimento:	02/01/1988 30a 1m 20d	Localização:	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data-Emissão:	21/02/2018 18:24:27	Consulta:	21/02/2018 18:34:04	Prescrição:	1161333
Médico Responsável:	Dr. Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho (CRM 4369)	Barreira:	21/02/2018 18:33:00		
Prescritor:	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	Verifica:	21/02/2018 18:33:00 / 22/02/2018 17:59:59		
Guia:	83195408	Senha:	83195408		
Diretor Técnico Médico:					

Data-Vigência:

21/02/2018 18:30 21/02 18:31

Evolução MÉDICO PA

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS. VEIO A ESTE SERVIÇO TRAZIDA DE AMBULANÇIA, SEM PRENCHA E SEM COLAR CERVICAL. QUEIXA - SE DE DOR EM OMBRO ESQ.

AO EXAME: DOR E ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQ.

SOL: RX

Medicamentos

1 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola Agora. IV 18:34
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	
Administrador 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)	
Observação:	
2 Tilatil Inj. FA (20 mg)	1 Frasco-ampola Agora. 18:34
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	
Administrador 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)	
Observação:	
3 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola Agora. IV 18:34
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflaco Frc (100 mL)	
Administrador 100 Mililitros (Agora. Intravenosa)	
Observação:	

*Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369*

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO

Impresso em 22/02/2018 10:13:05

Página 1

MIGUEL / MedicoP

Pronto Atendimento - PMA SALA 01 SALA

leito/quarto:

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS



prontoMed

PRONTOMED ADULTO

FICHA DE ATENDIMENTO

1400661

Internação:	1400661	Data Internação:	21/02/18 21:07:56	Sala:	Sala de Espera - PMA
Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Sexo:		Centro:	ESPERA 09
Nascimento:	02/01/88 3da 1m 19d	Estado Civil:		Atendimento:	
Convênio:	MEDPLAN	Fone Paciente:	998209406	Diagnóstico:	Apartamento privativo
R.G/C.N.	504.462.0	Matrícula:	2829.0700		
Endereço:	RUA FIDEIRA, 5898 VILA SAO FRANCISCO NORTE TERESINA PI	CNPJ:	036.493.873-01		
Nome da Mãe:	EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS	Nome do Parceiro:	CELSOM DA SILVA RIOS		
Procedimento:					
Responsável:					
Endereço:					
Nascimento:	02/01/1988	Dados Responsável:		CRM:	TALICEF
Fone Resp.:		CPF:			
Médico Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)	CRM:		Tratamento:	Cirurgica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, representante legal do (a) paciente, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente a 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 anomalias 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 eu me tornar incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 21 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº 93.8.027.6

Declaro perante os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Descrição Cirurgia

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Cirurgia	27.711
Prontuário	428.598	Prescrição	1.163.901
DL Nasc.	02/01/1988	Atendimento	1.400.661
Sexo	Feminino	Dt. Início	22/02/2018 16:05
Telefone	994209406	Duração:	74
Carácter Cir.	Eletiva	Cirurgião	Danilo da Silva Leite
Sector	Centro Cirúrgico 01 - PMA	Anestesista	
Convênio	MEDPLAN	Anestesia	Bloqueio
Observação			

Proced Princ: 30717132 Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico

RC 24

Procedimento: 30717132 - Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1
2	Cirurgião Principal	160230 Danilo da Silva Leite	4827	<i>Dr. Danilo da Silva Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM - PR 4827 TECR: 15045</i>	Assinatura
3	Primeiro Auxiliar	6153 Benedito Veras Batista Júnior	4565		
5	Anestesista	1788 Luiz Mamede Dornes de Castro	3183		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30717108 Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1
2	Cirurgião Principal	160230 Danilo da Silva Leite	4827	<i>Dr. Danilo da Silva Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM - PR 4827 TECR: 15045</i>	Assinatura
3	Primeiro Auxiliar	6153 Benedito Veras Batista Júnior	4565		
5	Anestesista	1788 Luiz Mamede Dornes de Castro	3183		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomo-patológico

Achados operatórios

Cirurgia

FRATURA DE CLAVÍCULA

PACIENTE EM POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA

DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS

VISUALIZADA FRATURA DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA

OSTEOTOMIA PARA ADEQUAÇÃO DOS FRAGMENTOS E REDUÇÃO

REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIO DE K COM

AUXÍLIO DE ESCOPIA

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Dados do Paciente

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA	Dt. Entrada	21/02/2018
Data Nascto	02/01/1988	Sector	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Idade	30 anos	Cir Realizada	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo	Feminino	Cirurgião	Danilo da Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesista	
Cód usuário	28290700	Início cirurgia	22/02/2018 16:05:00
Atendimento	1400661	Fim cirurgia	22/02/2018 17:19:11
Pronuário	429598	Cirurgia	27711

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Luiz Mamede Demes de	3183
Anestesista	Luiz Mamede Demes de	3183
Circulante	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
Circulante	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
Cirurgião Principal	Danilo da Silva Leite	4827
Cirurgião Principal	Danilo da Silva Leite	4827
Instrumentador	EDINAR ALVES DOS	967567
Instrumentador	EDINAR ALVES DOS	967567
Primeiro Auxiliar	Benedito Veras Batista Júnior	4565
Primeiro Auxiliar	Benedito Veras Batista Júnior	4565

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Bisturi Elétrico - PMA	1	EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA	
Monitor cardíaco - PMA	1		
Oxigênio - PMA	1		
Perfureador Elétrico - PMA	1		

Evolução

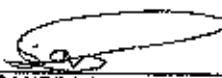
Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/02/2018 16:05	22/02 16:48	Técnico de			EDINAR ALVES DOS	COREN 967567
ADMITIDO NA SO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICA, DEAMBULANDO PARA TTT CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA COM DR DANILÓ, NEGA ALERGIA A FARMACOS, DM, HAS, EM HV, SEM EXAMES, REALIZADO ANEST. SEDAÇÃO+BPLEXO PELO ANEST.DR MAMEDE, REALIZADO DEGERMAÇÃO, INÍCIO DO PROCEDIMENTO, SEGUO SOB CUIDADOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM.						
22/02/2018 17:30	22/02 17:32	Técnico de			SANDRA MARIA DE	COREN 100006
TERMINO DO PROCEDIMENTO SEM INTECORRENCIAS, ENCAMINHADO A SRPA SOB EFEITO DE SEDAÇÃO+BPLEXO, EM HV, CURATIVO LIMPO E SECO, SSVV ESTAVEIS, SOLICITAÇÃO DE RX E PRONTUARIO EM ANEXO, SEGUO SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.						

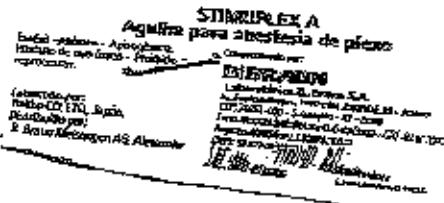
Eventos

Evento	Profissional	Código prof
16:00 Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	EDINAR ALVES DOS	967567
16:05 Entrada do paciente na sala cirúrgica	EDINAR ALVES DOS	967567
16:10 Início da Anestesia	EDINAR ALVES DOS	967567
16:15 Início do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	967567
17:19 Fim do procedimento cirúrgico	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
17:25 Término da anestesia	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
17:30 Encaminhamento p/ SRPA	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico			1		
Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico			1		


SANDRA MARIA DE SOUSA
Circulante





Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Data Nasc.: 02/01/1968 30 Anos

Sexo: F

Telefone: 998209406

Procedimento: Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -
Médico Cirurgião: Danilo da Silva Leite

Valor: 1.400,661

CNPJ: 429598

Sociedade: MEDPLAN

Data: 22/02/2018 17:02

Data: 22/02/2018 16:02

Número: 60

Referência: 27711

Medicamentos:

Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	amp	2
Água Destilada Estéril Frasco C/ 500 mL	Fr	1
Bexiga Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Cloridina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	amp	1
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2mL)	amp	1
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5mL)	amp	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	FA	1
Fentanilia 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	amp	2
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	ml	10
Neocaína 0,5% CV INJ (FA 1:200.000-20ML)	ml	20
Neocaína S/V 0,5% .INJ (FA 1:200.000-20ML)	ml	20
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Ringer C/ Lactato Frasco (500 mL)	Fr	1
Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 mL)	Fr	2
Xylestesin 2% CV INJ (FR 20MG-20ML)	ml	20
Xylestesin 2% S/V INJ (FR 20MG-20ML)	ml	20

Material:

Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	un	1
Aguilha 13x4,5 Desc.	un	1
Aguilha 30x7 Desc.	un	1
Aguilha 40x12 Desc.	un	1
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	20
Eletrodo Descartável	un	5
Eletrodo Descartável	un	1
Equipo Padrão (Eurofix p/ Soto Gotés Filtro)	un	1
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pc	1
Lâmina Bisturi N-24 Feather	un	5
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	3
Monocryl 3-0 Y936 H	env	1
SERINGA S/AG.03ML	un	1
SERINGA S/AG.05ML	un	2
SERINGA S/AG.10ML	un	1
SERINGA S/AG.20ML	un	3
Sonda Nasal Tipo Olhos	un	1
Totemimha.3 vias descartavel	un	1



Prescrição Centro Cirúrgico

Razão Social:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	CPF:	1.400.661	
Data Nasc:	02/01/1988	30 Anos	Procedimento:	429593
Sexo:	F		Contratante:	MEDPLAN
Telefone:	998209406		Data Entrada:	22/02/2018 17:02
Procedimentos:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -		Data Atualiz:	22/02/2018 16:02
Médico Cirurgião:	Danilo da Silva Leite		Altura:	60
Médico Anestesista:			Cirurgião:	27711

22 de Fevereiro de 2018

Assinatura Circulante

Médico Anestesista

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

prontuário

Diretor Técnico Médico:

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Data Entrega:	21/02/2018
Data Nasc.	02/01/1988	Setor:	Posto Pássaros - PMA - 3º andar
Idade	30 anos	Procedimento:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo	Feminino	Operador:	Danilo da Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesiista:	Lutz Mamede Dornelles de Castro
Cód. usuário	28290700	Apómenes:	Bloqueio
Atendimento	1400651	Intubação:	22/02/2018
Prontuário	429598	Hipotermia:	22/02/2018

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrólita / Medicamentos

Apresentação comercial	Validade: Mês/Ano	Quantidade	Unidade	Entrega: Data/Hora
Coramic 6 mg/mL 3mL	Domenid 5 mg/mL Inj. Ap-3mL	1 Ampola	S	16:09
Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20 MG-20ML)	não usar - Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20	1 Frasco	S	16:10
Ketamin 50 mg/mL-10 mL	Ketamin 50 mg/mL Inj. Fr-ap-10 mL	1 Frasco	S	16:10
Lidocaina 2% S/V Inj. (FR 20 MG-20 ML)	não usar - Lidocaina 2% S/V Inj. (FR 20	2 Mililitros	S	16:10
Necocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	Necocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	20 Mililitros	S	16:11
Necocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	Necocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	20 Mililitros	S	16:10
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÉNIO WHITE MED	2 Litros por minuto	S	16:10
SF 0,8% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflecs Frac (500	1 Bolsa	S	16:09
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fr. (40mg)	1 Frasco	S	16:10
Bromoprida 5mg/ml Inj.	Bromoprida Inj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 Ampola	S	16:14
Ampola C/ 2ml				
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frascos	S	16:14
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 Ampola	S	16:14
Cloridrato De Ranitidina 25mg/ml Inj. Am.	Cloridrato de Ranitidina 10 mg/ml (25mg/ml)	1 Ampola	S	16:14
Decadron 4mg/ml Inj. Frasco-ampola C/ 2,	Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5 ml)	1 Frasco	S	16:20
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)	2 Ampolas	S	16:23
LOCALIZAR "Medicamento"	Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	1 Ampola	S	16:23
Ondansetron 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetron;Inj. Ap (4mg-2 mL)	1 Ampola	S	16:09
Fentanyl 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	Fentanyl 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	1 Mililitros	S	16:09

Sinais Vitais e Monitorização

Pronto:	FE:	RR:	SpO2:	Tempo:	CPB:
17:24	Sinusal	85	100	68	78
17:33	Sinusal	85	100	66	78
18:39	Sinusal	100	130	75	93
18:15	Sinusal	120	170	85	145

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total:	Qtd de contorno:	Dispensado:
não usar - Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20	1 FA	1 FA	0
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	30 ml	0 amp	0
Bextra Irj. Fr (40mg)	1 FA	1 FA	0
Bromoprida Irj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 amp	1 amp	0
Cefazolina 1g Inj.	2 FA	2 FA	0
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 amp	1 amp	0
Cloreto De Sódio 0,9% Inj. Ampola C/ 10	20 ml	2 amp	0
Cloridrato De Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml)	1 amp	1 amp	0
Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 FA	1 FA	0
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)	2 amp	2 amp	0



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Demanid 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	1 amp	1 amp	0
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	1 jof.	1 jof.	0
Ketamin 50 mg/mL inj. Fr-ap-10 mL	1 FA	1 FA	0
não usar - Lidocaína 2% S/V inj. (FR.20)	20 ml	20 ml	0
Neocaina 0,6% CV INJ (FA 1:200.000-20M)	20 ml	20 ml	0
Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1:200.000-20M)	20 ml	20 ml	0
Ondansetrona inj. Ap (4mg - 2 mL)	1 amp	1 amp	0
Seloken inj Ap (5mg-5ml)	1 amp	1 amp	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	0 ml	0 Fr	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bs	1 Fr	0

Materiais

Apresentação comercial
Aguja 20x12 Desc.

Setor: 01 - Centro Cirúrgico / 02 - URGÊNCIAS / 03 - PMA

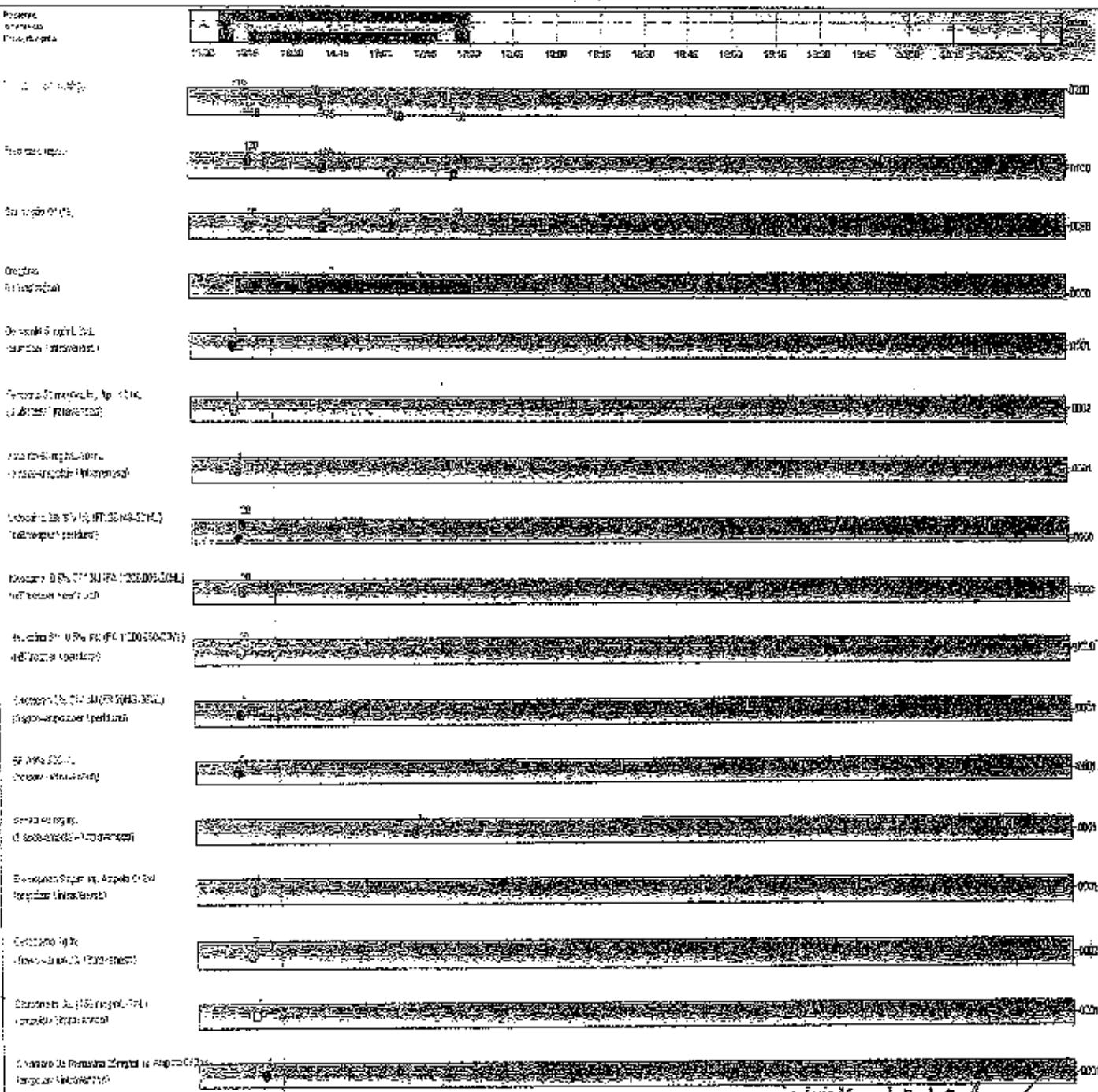
1 0 0

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Digitized

Diretor Técnico Médico:

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Data Entrada:	21/02/2018
Data Nasco	02/01/1988	Sala:	Posto Pássaros - PMA - 3º andar
Idade	30 anos	Realizada:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintur
Sexo	Feminino	Cirurgião:	Danilo de Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesiista	Luiz Mamede Demes de Castro
Cód.usuário	20290700	Tipo anestesia	Bloqueio
Aendimento	14D0681	Início cirurgia	22/02/2018 16:05:00
Prontuário	429596	Fim cirurgia	22/02/2018 17:19:11



Levante.com - 22/03/2018 19:52:22

Dr. Luiz Mamede Demes de Castro (CRM 3183)

33) *Asiglois i Chines de P*

Estesiologia / Clínica da Dor

WATERSHED

Page 1

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico Of - PMA

CRM - 3 fR3

111

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Salicilato de Ácido 0,5g 10ml	[REDACTED]	-001
Urofase 300ml 500 mg/ml, liq, Ap-2ml	[REDACTED]	-002
COLLEP® Transtuzumab 1000mg (100ml)	[REDACTED]	-003
Glicose 6% 500ml Água de Coco	[REDACTED]	-004



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

postponed

PRONTO-MED ADULTO
DISPENSADOR JARDIM FONY DA COSTA RIOS
Data Nasc: 02/01/1998
Belo: DANIELE DA SILVA LEITE
Data Entrada: 21/02/2008
Prontuario: 423598
Atendimentos: 1400661
MEDICO AN

NOME: Francisca Jadyay de Costa Riz APTO. madagascar
CIRURGIA: Fratura de clavícula ANESTESIA sevoflurano + etomidato INÍCIO 16:05 TERMINO

ADMISSÃO:	HORA:	VIAS AÉREAS	GASES	ALERGIA
11-05-2010	10:00	Catéter []	O ₂ _____ l/min Ligado	
		Intubado []	;	
		Máscara []	Desligado	
		[]	;	

VISÃO GERAL DO PACIENTE					
ACESSO VENOSO	Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	DRENOS	Tórax D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Dreno a Vácuo Abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
SNG	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	P.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		
Gastrostomia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Cistostomia <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	MONITORIZAÇÃO		
Tráqueostomia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/>	P.A.M. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Capnógrafo <input checked="" type="checkbox"/>	P.I.C. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Peça(s) Cirúrgica(s): Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	Nº de Peças				

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK							
ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Movê 04 membros	2					
	Movê 02 membros	1					
	Movê 0 membros	0					
Respiração	Profunda	2					
	Limitada, dispneia	1					
	Apnéia	0					
Consciência	Completamente acordado	2					
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA ± 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA ± 20 a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA ± 50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SpO2> 92% em ar ambiente	2					
	Mantém SpO2> 90% em O2	1					
	Mantém SpO2> 90% em O2	0					
SOMA			10	10	10	10	10

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

ජාත්‍යන්තර පිතුපාලන

142004

KELARON® 500 SODIUM AND THE ENFERMAGE

10

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM
22/05/2013 - 23/02/2013

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

ATENÇÃO: A HEMATOMA DE CLAVICULA COM DR DANIEL, NEGA ALERGIA A FARMACOS DM HASILOM HV SEM FARMACO, AO INICIO DO PROCEDIMENTO, SEGUIU OS CUIDADOS MEDICOS E DE ENFERMAGEM. O TECIDO DE SOMBRA DA CLAVICULA FOI REMOVIDO, SEM RENDIMENTO DO PROCEDIMENTO SEM INTORCENCIAS ENCAMINHADO A SRPA SOB EFEITO DE DACION+B PLEXO EM HV CURATIVO I MDO E SEDOSSW ESTAVEIS SOLICITACAO DE RX E ONTOUARO EM ANEXO SEGUO SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

ESTEVA SEM DOLOR, SEM DRENAGEM, SEM INFLAMACAO, SEM INJERCAO DE SEDATIVOS, SEM INJERCAO DE ANESTETICO, SEM INJERCAO DE BLOQUEIO PLEXO SONOLENTO CALMO MONITORIZADO EM HV

ESTEVA SEM DRENAGEM, SEM INJERCAO DE SEDATIVOS, SEM INJERCAO DE ANESTETICO, SEM INJERCAO DE BLOQUEIO PLEXO SONOLENTO CALMO MONITORIZADO EM HV

PACIENTE RECUPERADA LIBERADA PELO ANESTESISTA ENCAMINHADA PARA APARTAMENTO COM PRONTUÁRIO COMPLETO

DOMINGO DE JESUS DOS SANTOS 22/02/2018 22:30:00
SACRA MESA DIA DE JESUS DOS SANTOS
Administrado: Katzen 19 IHI | Dosc: 2 FA | Mis: IV | Da numerica 511 | 150,72 R

Administrado medicamento: Omeprazol CD (20 mg) | Dose: 1 cap | Vial: VO | Da prescrição:

Administrado medicamenteo: Soro Fisiologico 0,9% ECODRUG HSE (500 ml) | Dose: 1 ltr | Via: IV | Da
tese de ref.: 11/54325 | MARIA DE JESUS DOS SANTOS | 23/02/2018 06:50:10

Administrado medicamento: Kefazol 1g (m) | Dose: 2 FA | Vias: IV | Da prodrugs: 1164325 |
SRLENE DA SILVA COSTA | 23/02/2018 08:00:00 |

relatado em sonorização, SSMV estava alegando que o CLAVICULA só era de uso anestésico SUDAC&Q, em HY acesso para procedimentos de emergência, e que o uso de anestésicos para procedimentos de rotina era ilegal.

BROWNSVILLE, TEXAS - Page 1



PRONTOMED ADULTO

Prescrição Eletrônica Paciente



1400661

Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Aendamento:	1.400.661	Prontuário:	429.598
Nascimento:	02/01/1988 30a 1m 19d	Peso:	Córrivio:	MEDPLAN / APARTAMENTO	
Data Entrada:	21/02/2018 21:07:56		Liberado:	21/02/2018 22:53:24	Prescrição:
Médico Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Data Prescr.:	21/02/2018 22:51:00	
Prescritor:	Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Validade:	21/02/2018 23:00:00 / 22/02/2018 14:59:59	
Sétor:	Sala de Espera - PMA		Horas/Quarto:	ESPERA 09	
C.D.	S42.0 Frat da clavícula				
Dirutor Técnico Médico:					
Observação:	<i>Canário</i>				
Observação:	<i>Dejar mma - noite. LIBERAR DEPOTA LIQUIDA NO CAFE (SEM LUTE)</i>				
Medicamentos:					
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 mL)		1 Frasco 12/12 h (06-18) IV			✓ 06
Administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)					
Observação:					
9 Plasil Inj. Ap (5mg/mL - 2mL)		1 Ampola ACM IV			
Separar 2 Mililitros do medicamento em 8 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL. Administrar 10 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (600mg/mL-2 mL)		1 Ampola ACM IV			
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL. Administrar 12 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
13 Tiotril Inj. PA (20 mg)		1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV			✓ 10
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL. Administrar 12 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)					
Observação:					
14 Eramal 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% Miniflack Frsc (100 mL) Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
15 Omeprazol Cp (20 mg)		1 Cápsula Antes Café 6h - Manhã VO			✓ 06
Observação:					

*Dr. Danilo da Silva Leite
CRM 4827*

*Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM - PI 4827 TEDF 15045*

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM
21/03/19 - 22/02/18

22/02/18

1450

PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
 Nascimento 02/01/1988 306 1m 20d Peso Atendimento 1.400.661 Prontuário 1400661
 data Presc 21/02/2018 21:37:56 Convênio MEDPLAN / APARTAMENTO 429.598
 Mêsco Resp Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827) Liberação 22/02/2018 15:32:13 Prescrição 1164325
 Mêsco Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)
 Setor Posto Pássaros - PMA - 3º andar Validade 22/02/2018 16:00:00 / 23/02/2018 14:59:59
 CÓD 842.0 Frat da clavícula Leito/Quarto CANARIO - Madagascar
 Endereço Técnico Medico:
 Datas: Dose Intervento

Dose Intervento
 Unidade

Medicamentos
 Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frasco (500 ml) Dose/Intervalo/Via: 1 Frasco 12/12 h (06-18) IV Horários: 18:00 D

Administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)
 1000,000g

KEFAZOL 1G INJ. 2 Frasco-ampola 3x ao dia IV Horários: 16:00 06:00 08:00 ✓

Recomendar separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação: 4 Frascos Inj. Ap (500ml) - 2ml

Separar 2 Mililitros do medicamento em 8 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação: 1 Ampola ACM IV ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação: 1 Frasco-ampola 12/12 h (06-22) IV Horários: 16:00 06:00 08:00 ✓

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação: 1 Ampola ACM IV ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Mindilac Frasco (100 ml)

Observação: 1 Ampola ACM

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Mindilac Frasco (100 ml)

Observação: 1 Cúpula Ancôs Cafe Et - Manriê VO Horários: 16:00 ✓

Observação: 1 Cúpula Ancôs Cafe Et - Manriê VO

Procedimentos/Serviços/Exames RX Clavículas Qtd / Intervalo Horários Materia:

1 Vez 16

Dr. Danilo da Silva Leite
CRM 4827

Dr. Danilo da Silva Leite
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM - PI: 4827 - RON: 3504F

Sumário de alta/Transferência



Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Aterridimento:	1.400.661	Prontuário	429.598
Data Nasc.	02/01/1988	30 Anos	Dt. Entrada	21/02/2018 21:07:56	
Sexo	Feminino	Convenio:	MEDPLAN		
Sector	Posto Ibas - PMA - 5º andar	Apartamentos	MADAGASCAR		
Data Alta	23/02/2018 09:54:59	Data Liberação	23/02/2018 09:55:04		
Profissional	DANILO DA SILVA LEITE	Tipo Sumário	Alta		
Motivo Alta	Alta melhorado				
Setor					
Responsável Alta	DANILO DA SILVA LEITE				
Necropsia					
Causa da Morte					

Dr. Danilo da Silva Leite
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do joelho
 CRM - PI: 4827 EOT: 15043



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180285438 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA **Data do acidente:** 21/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RIOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUIU COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jorge Alberto C de Souza".

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS**

Nº Sinistro: **3180285438**

Vitima: **FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS**

Data do Acidente: **21/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180285438**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta n°: 13104168

A/C: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nº Sinistro: 3180285438
Vitima: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data do Acidente: 21/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000107960-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta n°: 13104168

A/C: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nº Sinistro: 3180285438
Vitima: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data do Acidente: 21/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000107960-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

036.493.873-01

Nome completo da vítima:

Françisca Jordany da Costa Rios

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Françisca Jordany da Costa Rios	CPF titular da conta	036.493.873-01	Profissão	Vendedora de Vendas
Endereço	Rua Vidiua	Número	5898	Complemento	-
Bairro	Caicó	Cidade	Tijucas	Estado	PI
Email	franciscajordany@hotmail.com	CEP	64000-000	Telefone (DDD)	(86)98348-6923

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

FAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

NRO.

0855

102960

41

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA	NRO.	CONTA	NRO.
---------	------	-------	------

NRO.

NRO.

NRO.

NRO.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

SABEMI SEGURADORA S/A

Tijucas - PT, 15 de Junho de 2018

Local e Data

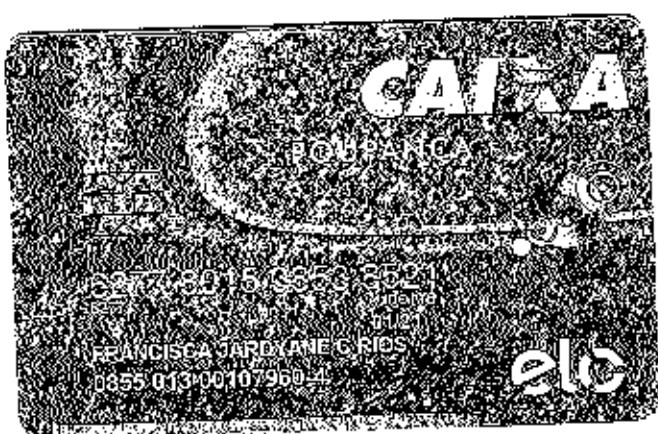
26 JUN 2018

Françisca Jordany da Costa Rios

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 100206.001875/2018-60

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

Data/Hora:

21/02/2018 - 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DA QUADRA 01, Nº:

Complemento

Bairro

MOCAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

RG: 5044620

Tipo Envolve: VÍTIMA/No. ciente

Mãe: EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS

Endereço: RUA VIDEIRA, Nº 5886

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9484-8326

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/PCP 100 ANO 2012, PLACA ODX-6363, PROPRIÉTÁRIA CONDUTOR ACIMA QUALIFICADA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO CAIU EM UM BURACO, ONDE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DO PRONTOMED ADULTO, PRONTUÁRIO 429.598, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Francisca Jardyany da Costa Rios - Mat. 0097015
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Ca
Escriv. Especial
Mat.: 009761-6

Francisca Jardyany da Costa Rios - Mat. 0097015
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

20 JUN 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 Franca Jordany da Costa Reis CPF da Vítima 036.403.873-01 Data do Acidente 21/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para obtenção 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 de 10 (dez) dias úteis do respectivo pedido.

20 JUN 2018

RECEBIDO

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.

Tunini PT 15 de Junho de 2018
Local e Data

Franca Jordany da costa Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>2866</i>	02 Data do chamado <i>21/09/18</i>	03 PRO (código) <i>5298</i>	04 Saída do PA <i>77 146</i>	05 Chegada ao local <i>77 419</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>18 101</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>18 1913</i>	08 Saída do 1º hospital <i></i>	09 Chegada ao 2º hospital <i></i>	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Av. 01 C.E. 15</i>	11 Bairro <i>Morumbiú II</i>	12 Município-UF <i>Ths-PI</i>	Código IBGE <i></i>	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Parque Encantos</i>	14 Nome <i>Eduardo Jardim da Costa</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	16 Idade <i>30</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 Outros <i>20 JUN 2018</i>	17 - Já removido 18 - Falso chamado
Exame Físico	19 Vítima 1 - Padestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de Segurança 1 - Capacete 2 - Colete 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	23 Local da lesão
Assistência	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERSAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma.	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento do retratado 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>78</i> Resp. <i>16</i> PA <i>130x80</i> TAX <i></i> SatO2 <i>97%</i>	25
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉so Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Escala de Dor de 0 a 10 Fratura 1-Sim Exposta 1-Fechada 2-Não 3-Suspeito
Observações Intertitisciplinares	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino <i>Ponta Negra</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido
<p><i>Vítima fez queda de motocicleta, apresentando fratura de clavícula direita e 2º grau, em local "D", São Tomé, na região de Colmeia, caiendo de moto quebrada e caiu no chão entre telhas, orientada, ligeira, dor, entulho. Realizada imobilização da membra superior direita, H.A.S e algodão medicamentosa.</i></p>					
Responsável pela recepção <i>Lucas Braga</i>		Socorristas Médico AEITE <i>Alvino 663924</i>	Enfermeiro Condutor <i>Roberto Alves</i>		

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: 11/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000107960-4

Nr. da Autenticação 4BE349FEE55D3666

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

Av. Maranhão, 759/SUL - TERESINA

Distrito: Centro - Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 5830431

EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS

R. VIDEIRA, 5898 , 5898

SAO FRANCISCO

64000000 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
3278182	05/2018	17/04/2018 a 16/05/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
270	23/05/2018	R\$ 248,37

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

Av. Maranhão, 759/SUL - TERESINA

Distrito: Centro - Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
3278182	05/2018	R\$ 248,37

836000000023.483700170002.000000003277.818205180057



SABEM! SEGURADORA S/A
20 JUN 2018
RECEBIDO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 25/4/2023 DO M/S DECRETO N° 5.440)					
PARÂMETROS	ANOTATRAS REALIZADAS	ANOTATRAS EM CONFORMIDADE	ANOTATRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MED.	VALOR PÊNITENCIAL
CLOURO LÍQUIDO	2.762	3.715	47	1.25	0,20-5,00 mg/L
COPARAFINICO	2.520	1.782	783	10,14	Inferior a 15,00
pH	2.256	2.718	38	6,56	6,00-9,50
TURÍCER	2.767	2.435	332	2,92	Inferior a 5,00

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA [PORTARIA 29/4/2011 DO MUSEDEQ, ON 5.440]					
PARÂMETROS	ANOS/STRAS REALIZADAS	ANOS/STRAS EM COMPARAÇÔE	ANOS/STRAS EM DESENVOLVIMENTO	MÉDIA / MÊS	VALOR FERMIADO
COLIFORMES TOTAL	907	900	17	Ausência	Ausência
ESPIRIFEROS	907	907	0	Ausência	Ausência

RECEBIDO

DIA DA EMISSÃO: 26/05/2018 HORA DA EMISSÃO: 16:51

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste 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 SUSEP¹ 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 faixa 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 Marcia Vital de Lima, inscrito (a) no CPF/CNPJ 500.071.253 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Firmelma Andrade da Costa Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.493.873 / 21, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro / da Vítima Firmelma Andrade da Costa Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 24 de Junho</u>	Número	<u>354</u>	Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Centro / Norte</u>	Cidade	<u>Tijoinha</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>marcavital@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(186)3234-8541</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(186)988418-6903</u>

Tijoinha - PI, 15 de Junho de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

Marcia Vital de Lima
Assinatura do Declarante

RECEBIDO



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente

1400451



Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Identificação:	1.400.451	Preço:	429,598
Nascimento:	02/01/1988 30a 1m 20d	Localização:	MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data-Emissão:	21/02/2018 18:24:27	Consulta:	21/02/2018 18:34:04	Prescrição:	1161333
Médico Responsável:	Dr. Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho (CRM 4369)	Barreira:	21/02/2018 18:33:00		
Prescritor:	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	Verifica:	21/02/2018 18:33:00 / 22/02/2018 17:59:59		
Guia:	83195408	Medicina:	28290700	Série:	83195408
Diretor Técnico Médico:					

Data Emissão: 21/02/2018 18:30 21/02 18:31

Evolução Médico PA

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS. VEIO A ESTE SERVIÇO TRAZIDA DE AMBULANÇIA, SEM PRENCHA E SEM COLAR CERVICAL. QUEIXA - SE DE DOR EM OMBRO ESQ.

AO EXAME: DOR E ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQ.

SOL: RX

Medicamentos

1 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)

1 Ampola Agora. IV

18:34

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

2 Tilatil Inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. IV

18:34

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

3 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL

1 Ampola Agora. IV

18:34

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflaco Frsc (100 mL)
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

*Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369*

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO

Impresso em 22/02/2018 10:13:05

Página 1

MIGUEL / MedicoP

Pronto Atendimento - PMA SALA 01 SALA

leito/quarto:

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS



prontomed

PRONTOMED ADULTO

FICHA DE ATENDIMENTO

1400661

Internação:	1400661	Data Internação:	21/02/18 21:07:56	Sala:	Sala de Espera - PMA
Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Sexo:		Centro:	ESPERA 09
Nascimento:	02/01/88 3da 1m 19d	Estado Civil:		Atendimento:	
Convênio:	MEDPLAN	Fone Paciente:	998209406	Diagnóstico:	Apartamento privativo
R.G/C.N.	504.462.0	Matrícula:	2829.0700		
Endereço:	RUA FIDEIRA, 5898 VILA SAO FRANCISCO NORTE TERESINA PI	CNPJ:	036.493.873-01		
Nome da Mãe:	EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS	Nome do Parceiro:	CELSOM DA SILVA RIOS		
Procedimento:					
Responsável:					
Endereço:					
Nascimento:	02/01/1988	Dados Responsável:		CRM:	TALICEF
Fone Resp.:		CPF:			
Médico Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)	CRM:		Tratamento:	Cirurgica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, representante legal do (a) paciente, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente a 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 anomalias 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 eu me tornar incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 21 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº 93.8.027.6

Declaro perante os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Descrição Cirurgia

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Cirurgia	27.711
Prontuário	428.598	Prescrição	1.163.901
DL Nasc.	02/01/1988	Atendimento	1.400.661
Sexo	Feminino	Dt. Início	22/02/2018 16:05
Telefone	994209406	Duração:	74
Carácter Cir.	Eletiva	Cirurgião	Danilo da Silva Leite
Sector	Centro Cirúrgico 01 - PMA	Anestesista	
Convênio	MEDPLAN	Anestesia	Bloqueio
Observação			

Proced Princ: 30717132 Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico

RC 24

Procedimento: 30717132 - Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1
2	Cirurgião Principal	160230 Danilo da Silva Leite	4827	<i>Dr. Danilo da Silva Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM - PR 4827 TECR: 15045</i>	Assinatura
3	Primeiro Auxiliar	6163 Benedito Veras Batista Júnior	4565		
5	Anestesista	1788 Luiz Mamede Dornes de Castro	3183		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30717108 Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1
2	Cirurgião Principal	160230 Danilo da Silva Leite	4827	<i>Dr. Danilo da Silva Leite Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM - PR 4827 TECR: 15045</i>	Assinatura
3	Primeiro Auxiliar	6163 Benedito Veras Batista Júnior	4565		
5	Anestesista	1788 Luiz Mamede Dornes de Castro	3183		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomo-patológico

Achados operatórios

Cirurgia

FRATURA DE CLAVÍCULA

PACIENTE EM POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA

DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS

VISUALIZADA FRATURA DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA

OSTEOTOMIA PARA ADEQUAÇÃO DOS FRAGMENTOS E REDUÇÃO

REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIO DE K COM

AUXÍLIO DE ESCOPIA

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

卷之三

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA	Dt. Entrada	21/02/2016
Data Nascto	02/01/1988	Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA
Idade	30 anos	Cir Realizada	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo	Feminino	Cirurgião	Denilo da Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesista	
Cód usuárcio	28290700	Inicio cirurgia	22/02/2016 16:05:00
Atendimento	1400661	Final cirurgia	22/02/2016 17:19:11
Proncurário	429598	Cirurgia	27711

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Luiz Mamede Demes de	3183
Anestesiôsta	Luiz Mamede Demes de	3183
Circulante	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
Circulante	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
Cirurgião Principal	Danilo da Silva Leite	4827
Cirurgião Principal	Danilo da Silva Leite	4827
Instrumentador	EDINAR ALVES DOS	967567
Instrumentador	EDINAR ALVES DOS	967567
Primeiro Auxiliar	Benedito Veras Batista Júnior	4565
Primeiro Auxiliar	Benedito Veras Batista Júnior	4565

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Bisturi Elétrico - PMA	1	EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA	
Monitor cardíaco - PMA	1		
Oxigênio - PMA	1		
Purificador Elétrico - PMA	1		

Evolução

Eventos

Evento	Profissional	Código prof
16:00 Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	EDINAR ALVES DOS	967567
16:05 Entrada do paciente na sala cirúrgica	EDINAR ALVES DOS	967567
16:10 Início da Anestesia	EDINAR ALVES DOS	967567
18:15 Início do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	967567
17:19 Fim do procedimento cirúrgico	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
17:25 Término da anestesia	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
17:30 Encaminhamento p/ SRPA	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Procedimentos/Atividades	Ponto	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico				1		
Pseudofraturas E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico				1		

STIMPLEX A
Agente para anestesia de pieles
Sustituto de Aprocaina
Fármaco de uso clínico - Productor:
- Representante:
- Comisionado por:
DR. J. B. LIMA
Laboratorio Dr. J. B. Lima, S.A.
Av. Presidente Vargas, 1000 - Belo Horizonte - Minas Gerais
DR. J. B. Lima - Presidente - Consórcio - DR. J. B. Lima
Farmacêutica - Química - Industrial - Importadora - Exportadora - DR. J. B. Lima
Dr. J. B. Lima - Presidente - Consórcio - DR. J. B. Lima
Farmacêutica - Química - Industrial - Importadora - Exportadora - DR. J. B. Lima

SANDRA MARIA DE SOUSA
Circulante



Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Data Nasc.: 02/01/1968 30 Anos

Sexo: F

Telefone: 998209406

Procedimento: Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -
Médico Cirurgião: Danilo da Silva Leite

Valor: 1.400,661

CNPJ: 429598

Sociedade: MEDPLAN

Data: 22/02/2018 17:02

Data: 22/02/2018 16:02

Número: 60

Referência: 27711

Medicamentos:

Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	amp	2
Água Destilada Estéril Frasco C/ 500 mL	Fr	1
Bexiga Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Cloridina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	amp	1
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2mL)	amp	1
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5mL)	amp	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	FA	1
Fentanilia 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	amp	2
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	ml	10
Neocaína 0,5% CV INJ (FA 1:200.000-20ML)	ml	20
Neocaína S/V 0,5% .INJ (FA 1:200.000-20ML)	ml	20
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Ringer C/ Lactato Frasco (500 mL)	Fr	1
Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 mL)	Fr	2
Xylestesin 2% CV INJ (FR 20MG-20ML)	ml	20
Xylestesin 2% S/V INJ (FR 20MG-20ML)	ml	20

Material:

Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	un	1
Aguilha 13x4,5 Desc.	un	1
Aguilha 30x7 Desc.	un	1
Aguilha 40x12 Desc.	un	1
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	20
Eletrodo Descartável	un	5
Eletrodo Descartável	un	1
Equipo Padrão (Eurofix p/ Soto Gotés Filtro)	un	1
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pc	5
Lâmina Bisturi N-24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	3
Monocryl 3-0 Y936 H	env	1
SERINGA S/AG.03ML	un	1
SERINGA S/AG.05ML	un	2
SERINGA S/AG.10ML	un	1
SERINGA S/AG.20ML	un	3
Sonda Nasal Tipo Olhos	un	1
Totemimha.3 vias descartavel	un	1



Prescrição Centro Cirúrgico

Razão Social:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	CPF:	1.400.661	
Data Nasc:	02/01/1988	30 Anos	Procedimento:	429593
Sexo:	F		Contratante:	MEDPLAN
Telefone:	998209406		Data Entrada:	22/02/2018 17:02
Procedimentos:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -		Data Atualiz:	22/02/2018 16:02
Médico Cirurgião:	Danilo da Silva Leite		Altura:	60
Médico Anestesista:			Cirurgião:	27711

22 de Fevereiro de 2018

Assinatura Circulante

Médico Anestesista

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

prontuário

Diretor Técnico Médico:

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Data Entrega:	21/02/2018
Data Nasc.	02/01/1988	Setor:	Posto Pássaros - PMA - 3º andar
Idade	30 anos	Procedimento:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo	Feminino	Operador:	Danilo da Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesiista:	Lutz Mamede Dornelles de Castro
Cód. usuário	28290700	Apómenes:	Bloqueio
Atendimento	1400651	Intubação:	22/02/2018
Prontuário	429598	Hipotermia:	22/02/2018

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrólita / Medicamentos

Apresentação comercial	Validade: Mês/Ano	Quantidade	Unidade	Entrega: Data/Hora
Coramic 6 mg/mL 3mL	Domenid 5 mg/mL Inj. Ap-3mL	1 Ampola	S	16:09
Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20 MG-20ML)	não usar - Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20	1 Frasco	S	16:10
Ketamin 50 mg/mL-10 mL	Ketamin 50 mg/mL Inj. Fr-ap-10 mL	1 Frasco	S	16:10
Lidocaina 2% S/V Inj. (FR 20 MG-20 ML)	não usar - Lidocaina 2% S/V Inj. (FR 20	2 Mililitros	S	16:10
Necocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	Necocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	20 Mililitros	S	16:11
Necocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	Necocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	20 Mililitros	S	16:10
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÉNIO WHITE MED	2 Litros por minuto	S	16:10
SF 0,8% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflecs Frac (500	1 Bolsa	S	16:09
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fr. (40mg)	1 Frasco	S	16:10
Bromoprida 5mg/ml Inj.	Bromoprida Inj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 Ampola	S	16:14
Ampola C/ 2ml				
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frascos	S	16:14
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 Ampola	S	16:14
Cloridrato De Ranitidina 25mg/ml Inj. Am.	Cloridrato de Ranitidina 10 mg/ml (25mg/ml)	1 Ampola	S	16:14
Decadron 4mg/ml Inj. Frasco-ampola C/ 2,	Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5 ml)	1 Frasco	S	16:20
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)	2 Ampolas	S	16:23
LOCALIZAR "Medicamento"	Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	1 Ampola	S	16:23
Ondansetron 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetron;Inj. Ap (4mg-2 mL)	1 Ampola	S	16:09
Fentanyl 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	Fentanyl 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	1 Mililitros	S	16:09

Sinais Vitais e Monitorização

Pronto:	FE:	RR:	SpO2:	Tempo:	CPB:
17:24	Sinusal	85	100	68	78
17:33	Sinusal	85	100	66	78
18:39	Sinusal	100	130	75	93
18:15	Sinusal	120	170	85	145

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total:	Qtd de contorno:	Dispensado:
não usar - Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20	1 FA	1 FA	0
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	30 ml	0 amp	0
Bextra Irj. Fr (40mg)	1 FA	1 FA	0
Bromoprida Irj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 amp	1 amp	0
Cefazolina 1g Inj.	2 FA	2 FA	0
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 amp	1 amp	0
Cloreto De Sódio 0,9% Inj. Ampola C/ 10	20 ml	2 amp	0
Cloridrato De Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml)	1 amp	1 amp	0
Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 FA	1 FA	0
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)	2 amp	2 amp	0



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:			
Dexamet 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	1 amp	1 amp	0
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	1 mL	1 mL	0
Ketamin 50 mg/mL Inj. Fr-ap-10 mL	1 FA	1 FA	0
não usar - Lidocaína 2% S/V Inj. (PR.20)	20 mL	20 mL	0
Neocaina 0,6% C/V INJ (FA 1:200.000-20M)	20 mL	20 mL	0
Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1:200.000-20M)	20 mL	20 mL	0
Ondansetrina inj. Ap (4mg - 2 mL)	1 amp	1 amp	0
Seloken inj Ap (5mg-5ml)	1 amp	1 amp	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	0 ml	0 Fr	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bs	1 Fr	0

Materials

Apresentação comercial

Ağrı 45x12 Dese

Digitized by srujanika@gmail.com

1

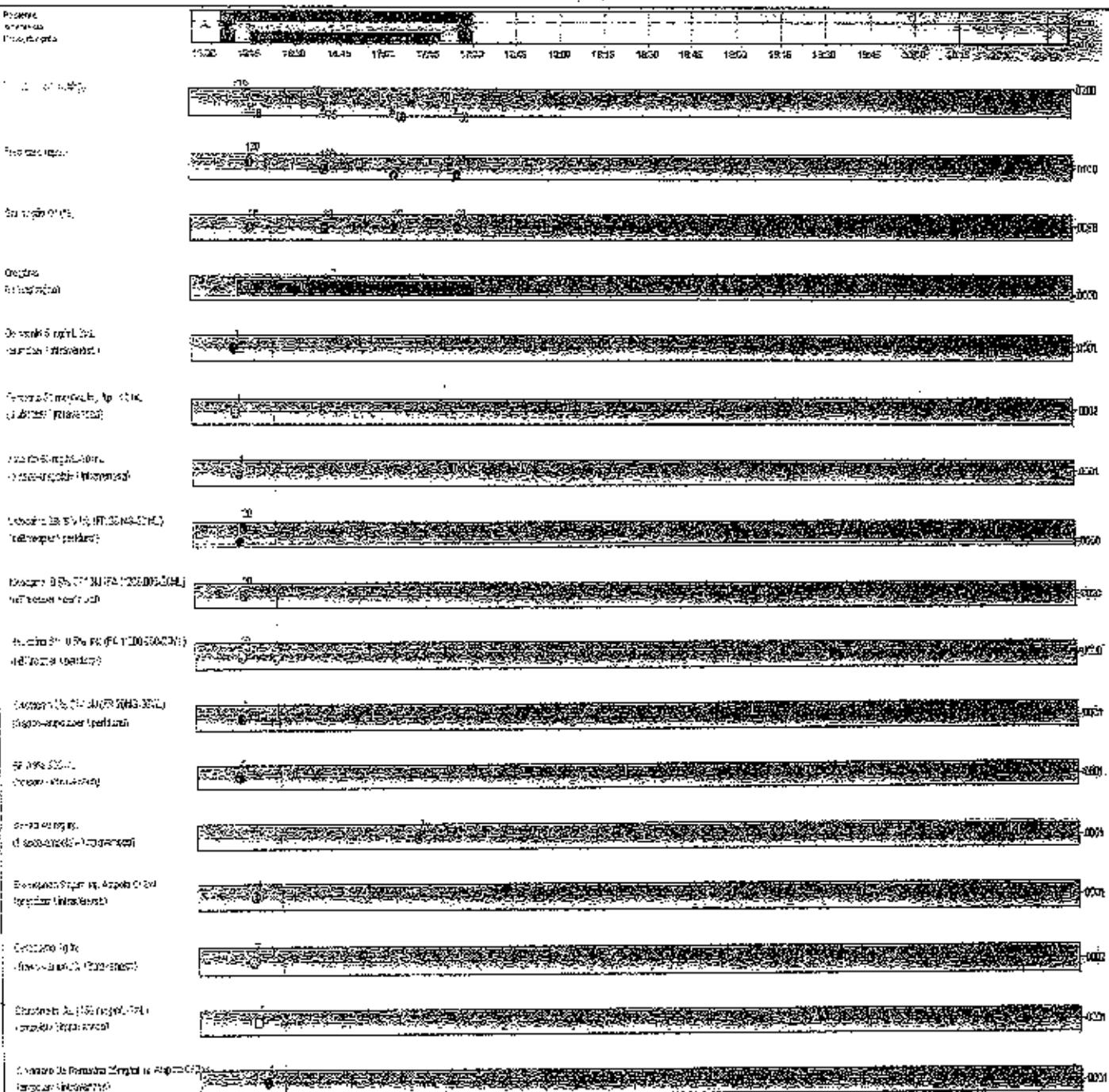
0

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

prontomed

Diretor Técnico Médico:

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Dt. Entrada:	21/02/2018
Data Nascio	02/01/1988	Saída:	Posto Pássaro - PMA - 3º andar
Idade	30 anos	Realizada:	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo	Feminino	Cirurgião:	Danilo de Silva Leite
Convênio	MEDPLAN	Anestesiista	Luiz Mamede Demes de Castro
Cód Usuário	28290700	Tipo anestesia	Bloqueio
Atendimento	14D0631	Início cirurgia	22/02/2018 16:05:00
Prontuário	429598	Fim cirurgia	22/02/2018 17:19:11



Impresso em: 22/02/2018 19:52:22

Dr. Luiz Mamede Demes de Castro (CRM 3183)

Anestesiologia / Clínica da Dor

CRM - 3183

WATE66008

GANA

Página 1

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico 01 - PMA

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Desoximorfolina 0,05 mg/kg/0,05 ml	[REDACTED]	-0,01
Dobutamina 50 mcg/kg, 100 mcg	[REDACTED]	-0,02
Glucagon 0,01 mg/kg	[REDACTED]	-0,01
Glucosamina 10 g bol. Água de Coco	[REDACTED]	-0,00



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

postponed

PRONTO-MED ADULTO
DISPENSA DE MEDICAMENTOS
Data Nasc: 02/01/1998
Belo Horizonte
Endereço: Rua das Flores, 123
CEP: 31230-000
Prontuário: 423598
Atendimentos: 1400661
MEDEPIN

NOME: Francisca Jadyay de Costa Riz APTO: madagascar
CIRURGIA: Fratura de clavícula ANESTESIA: sevoflurano + etomidato INÍCIO: 16:05 TERMINO: _____

ADMISSÃO:	HORA:	VIAS AÉREAS	GASES	ALERGIA
11-05-2010	10:00	Catéter []	O ₂ _____ l/min Ligado	
		Intubado []	;	
		Máscara []	Desligado	
		[]	;	

VISÃO GERAL DO PACIENTE					
ACESSO VENOSO	Periférico <input checked="" type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DRENOS	Tórax D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tórax E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dreno a Vácuo Abdominal <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
SNG	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		
Gastrostomia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cistostomia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Tráqueostomia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
MONITORIZAÇÃO					
Peça(s) Cirúrgica(s): Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>			Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P.A.M. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Nº de Peças			Capnógrafo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	P.I.C. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

ÍNDICE DE ALDRETE-KROLIK							
ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Móve 04 membros	2		2	2	2	2
	Móve 02 membros	1					
	Móve 0 membros	0					
Respiração	Profunda	2					
	Limitada, dispneia	1					
	Apnéia	0					
Consciência	Completamente acordado	2					
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA ± 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA + 20 a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA + 50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SpO2> 92% em ar ambiente	2					
	Mantém SpO2> 90% em O2	1					
	Mantém SpO2> 90% em O2	0					
SOMA		10	10	10	10	10	10

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

ପ୍ରକାଶକ ମନ୍ତ୍ରୀ

1430041

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

Digitized by srujanika@gmail.com

۱۴۰۸۱

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

22/02/2018 - 23/02/2018

16/03/2018

PRONTOMED ADULTO

Prescrição Eletrônica Paciente



1400661

Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Acondimento:	1.400.661	Prontuário:	429.598
Nascimento:	02/01/1988 30a 1m 19d	Peso:	Cômodo:	MEDPLAN / APARTAMENTO	
Data Entrada:	21/02/2018 21:07:56		Liberado:	21/02/2018 22:53:24	Prescrição:
Médico Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Data Prescr.:	21/02/2018 22:51:00	1161640
Prescritor:	Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Validade:	21/02/2018 23:00:00 / 22/02/2018 14:59:59	
Sétor:	Sala de Espera - PMA		Horas/Quarto:	ESPERA 09	
Obs:	S42.0 Frat da clavícula				
Dirutor Técnico Médico:					
Observação:	<i>MANARIO</i>				
LIBRE	<i>Dejar mma - noite. LIBERAR DEPOTA LIQUIDA NO CAFE (SEM LUTE)</i>				
Medicamentos:					
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 mL)		1 Frasco 12/12 h (06-18) IV			✓ 06
Administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)					
Observação:					
9 Plasil Inj. Ap (5mg/mL - 2mL)		1 Ampola ACM IV			
Separar 2 Mililitros do medicamento em 8 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL.					
Administrar 10 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (600mg/mL-2 mL)		1 Ampola ACM IV			
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL.					
Administrar 12 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
13 Tiotril Inj. PA (20 mg)		1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV			✓ 10
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL.					
Administrar 12 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa)					
Observação:					
14 Eramal 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% Miniflack Frsc (100 mL)					
Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)					
Observação:					
15 Omeprazol Cp (20 mg)		1 Cápsula Antes Café 6h - Manhã VO			✓ 06
Observação:					

Dr. Danilo da Silva Leite
CRM-PI 4827

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-PI 4827 TEDF 15045

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

21/03/10 - 22/02/18

140

PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
 Nascimento 02/01/1988 306 1m 20d Peso Atendimento 1.400.661 Prontuário 1400661
 data Presc 21/02/2018 21:37:56 Convênio MEDPLAN / APARTAMENTO 429.598
 Mêsco Resp Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827) Liberação 22/02/2018 15:32:13 Prescrição 1164325
 Mêsco Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)
 Setor Posto Pássaros - PMA - 3º andar Validade 22/02/2018 16:00:00 / 23/02/2018 14:59:59
 CÓD 842.0 Frat da clavícula Leito/Quarto CANARIO - Madagascar
 Endereço Técnico Medico:
 Datas: Dose Intervento

Dose Intervento

Medicamentos

Nome do Medicamento	Dose/Intervalo/Via	Horários	Observações
Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frasco (500 ml)	1 Frasco 12/12 h (06-18) IV	18 00 06	D

A administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)
1000,00 mg

KEFAZOL 1G INJ.	2 Frasco-ampola 3x ao dia IV	16 00 06	✓
-----------------	------------------------------	----------	---

Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:
4 Frascos Inj. Ap (500ml) - 2ml

1 Ampola ACM IV	ACM
-----------------	-----

Separar 2 Mililitros do medicamento em 8 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:
1 Ciprofloxacinica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)

1 Ampola ACM IV	ACM
-----------------	-----

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:
Fluconazol FA (20 mg)

1 Frasco-ampola 12/12 h (06-22) IV	16 00 10	✓
------------------------------------	----------	---

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:
Fluconazol FA (20 mg)

1 Ampola ACM IV	ACM
-----------------	-----

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Mindilac Frsc (100 ml);

Observação:
1 Cimazoprazol Cp (20 mg)

1 Cápsula Antes Café Et - Manhã VO	16 00	✓
------------------------------------	-------	---

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

RX Clavículas	Qtd / Intervalo	Horários	Materiais
	1 Vez	16	

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 4827 / ROD: 35045

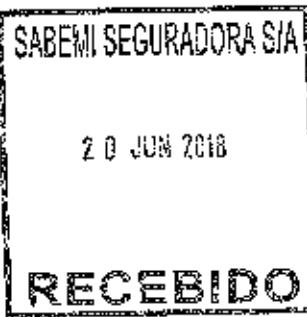
Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 4827 / ROD: 35045

Sumário de alta/Transferência



Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Aterridimento:	1.400.661	Prontuário	429.598
Data Nasc.	02/01/1988	30 Anos	Dt. Entrada	21/02/2018 21:07:56	
Sexo	Feminino	Convenio:	MEDPLAN		
Setor	Posto Ibas - PMA - 5º andar	Apartamentos	MADAGASCAR		
Data Alta	23/02/2018 09:54:59	Data Liberação	23/02/2018 09:55:04		
Profissional	DANILO DA SILVA LEITE	Tipo Sumário	Alta		
Motivo Alta	Alta melhorado				
Setor					
Responsável Alta	DANILO DA SILVA LEITE				
Necropsia					
Causa da Morte					

Dr. Danilo da Silva Leite
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do joelho
 CRM - PI: 4827 EOT: 15043



		CNPJ 27.574.749/0001-06 - IE 193955574	
		AL. OF. OF. AVENIDA 1055, PECHE - CEP 64017-280, Teresina - PI Telefone: (085) 322 2006 ou 115 / (085) 30129-6135	
Número da Conta:		NÚMERO: 13428373-2	
TIPO: 1.55 291000018552		SITUAÇÃO: ANS/AND 151591806 6/2018	
Nome/Estado: ACASADOS MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL			
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018659			
VALOR:		GRUPO: Número do Documento	
261.09028-000060		001 Y14N135124	
DETALHAMENTO DA CONTA:			
MATERIAL DE CONSUMO:	DATA	DETALHADA	DETALHADA-DESCRIBE/DETALHADA
RES/ANNO TPO		PATRIMÔNIO	1 Residencial - Normal
05-2018 Liso	22	10	
04-2018 Liso	25	10	
03-2018 Liso	25	10	
02-2018 Liso	64	10	
01-2018 Liso	65	10	
00-2017 Liso	32	10	
VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51 > Residencial-Normal 10,00 IRD 26,51 VALOR DE ESGOTO - 13,26 > Residencial-Normal 10,00 IRD 13,26 JUROS POR ATRASO 05/2018 0,22 MULTA POR ATRASO 05/2018 0,82			
TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TARIFA	
RESIDENCIAL	PERÍODO CONSUMIDOR(S) (m³)	PERÍODO	VALOR
0	2.6516 00	VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51	
10	4.5466 00	> Residencial-Normal 10,00 IRD	26,51
25	5.5088 00	VALOR DE ESGOTO - 13,26	13,26
	993955574 00	> Residencial-Normal 10,00 IRD	0,22
NÃO RESIDENCIAL		JUROS POR ATRASO 05/2018 0,82	
FATURA DE CONSUMO(MSE)(m³)		MULTA POR ATRASO 05/2018 0,82	
MOVIMENTO: 18/06/2018			
RECARGA: 00:00:00			
RECARGA BÁSICA / ANDAMENTO DA CONTA			
ATENÇÃO: NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM(0) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.			
Data: 18/06/2018			
Até 60 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007 Art. 40, Inciso V e nº. 0.887/95, Art. 6º, §ºº, Itens II,			

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 29/4/2021 COM M/S DECRETO N° 5.440)					
PARÂMETROS	ANALISES REALIZADAS	ANALISES EM CONFORMIDADE	ANALISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / NBR	VALOR PÊNALTICO
CICLO LIVRE	2.762	2.715	47	1.25	0.20-5,00 mg/L
COVAPARENTE	2.570	1.782	783	10.14	Inferior a 15,00
pH	2.756	2.718	38	6.56	6.00-9.50
TURBIDEZ	2.767	2.435	332	2.82	Inferior a 5.000

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 1924/2011 DO M/S E DECRETO N° 5.440)					
PARÂMETROS	ANOTATRAS REALIZADAS	ANOTATRAS EM CONFORMIDADE	ANOTATRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	MÚLTIPLO PERÍODO
COLIFORMES	907	900	17	Ausência	Ausência
ESQUERENTES	907	907	0	Ausência	Ausente

RECEBIDO

DATA DA EMISSÃO: 06/05/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:51

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180285438 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA **Data do acidente:** 21/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RIOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUIU COM SEQUELAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / OMBRO ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jorge Alberto C de Souza".

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS**

Nº Sinistro: **3180285438**

Vitima: **FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS**

Data do Acidente: **21/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180285438**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta n°: 13104168

A/C: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nº Sinistro: 3180285438
Vitima: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data do Acidente: 21/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000107960-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

036.493.873-01

Nome completo da vítima:

Françisca Jordany da Costa Rios

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Françisca Jordany da Costa Rios	CPF titular da conta	036.493.873-01	Profissão	Vendedora
Endereço	Rua Vidiua	Número	5898	Complemento	-
Bairro	Caicó	Cidade	Tijucas	Estado	PI
Email	franciscajordany@hotmail.com	CEP	64000-000	Telefone (DDD)	(86)98348-6923

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

FAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

NRO.

0853

102960

41

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA	NRO.	CONTA	NRO.
---------	------	-------	------

NRO.

NRO.

NRO.

NRO.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

SABEMI SEGURADORA S/A

Tijucas - PT, 15 de Junho de 2018

Local e Data

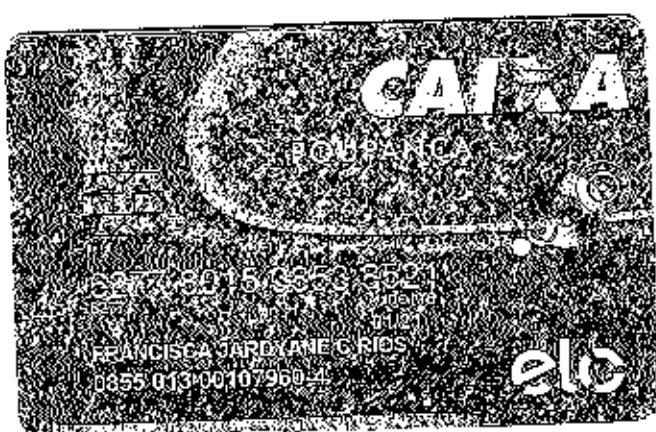
26 JUN 2018

Françisca Jordany da Costa Rios

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 100206.001875/2018-60

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

Data/Hora:

21/02/2018 - 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA DA QUADRA 01, Nº:

Complemento

Bairro

MOCAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

RG: 5044620

Tipo Envolv.: VÍTIMA/No. ciente

Mãe: EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS

Endereço: RUA VIDEIRA, Nº 5886

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9484-8326

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/PCP 100 ANO 2012, PLACA ODX-6363, PROPRIÉTÁRIA CONDUTOR ACIMA QUALIFICADA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO CAIU EM UM BURACO, ONDE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DO PRONTOMED ADULTO, PRONTUÁRIO 429.598, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Amiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097015
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Ca
Escriv. Especial
Mat.: 009761-6

Francisca Jardyany da Costa Rios - Mat. 0097015
Francisca JARDYANY DA COSTA RIOS - Mat. 0097015
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

20 JUN 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 Franca Jordany da Costa Reis CPF da Vítima 036.403.873-01 Data do Acidente 21/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para obtenção 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 de 10 (dez) dias úteis do respectivo pedido.

20 JUN 2018

RECEBIDO

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.

Tunini PT 15 de Junho de 2018
Local e Data

Franca Jordany da costa Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>2866</i>	02 Data do chamado <i>21/09/18</i>	03 PRO (código) <i>5298</i>	04 Saída do PA <i>77 146</i>	05 Chegada ao local <i>77 419</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>18 101</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>18 1913</i>	08 Saída do 1º hospital <i></i>	09 Chegada ao 2º hospital <i></i>	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Av. 01 C.E. 15</i>	11 Bairro <i>Morumbiú II</i>	12 Município-UF <i>Ths-PI</i>	Código IBGE <i></i>	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Parque Encantos</i>	14 Nome <i>Eduardo Jardim da Costa</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	16 Idade <i>30</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 Outros <i>20 JUN 2018</i>	17 - Já removido 18 - Falso chamado
Exame Físico	19 Vítima 1 - Padestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de Segurança 1 - Capacete 2 - Colete 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	23 Local da lesão
Assistência	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERSAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma.	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento do retratado 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>78</i> Resp. <i>16</i> PA <i>130x80</i> TAX <i></i> SatO2 <i>97%</i>	25
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉so Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Escala de Dor de 0 a 10 Fratura 1-Sim Exposta 1-Fechada 2-Não 3-Suspeito
Observações Intertitisciplinares	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino <i>Ponta Negra</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido
<p><i>Vítima fez queda de motocicleta, apresentando fratura de clavícula direita e 2º grau, em local "D", São Tomé, na região de Colmeia, caiendo de moto quebrada e caiu no chão entre telhas, orientada, ligeira, dor, entulho. Realizada imobilização da membra superior direita, H.A.S e algodão medicamentosa.</i></p>					
Responsável pela recepção <i>Lucas Braga</i>		Socorristas Médico AEITE <i>Alvino 663924</i>	Enfermeiro Condutor <i>Roberto Alves</i>		