

Control... x Audiência... x Upload... x Consulta... x 0800724... x WhatsApp... x Caixa de... x Tribunal... x Sistema... x Combine... x + 33

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=172688&ca=02624ead6cde8bbb2d58951aa1cc7ba3eb...

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

PJE ProceComCiv 0800724-97.2019.8.18.0140 FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

10581229 - CONTESTAÇÃO (2730539 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/07/2020 10:03:02

02 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10581220 - CONTESTAÇÃO
 - 10581229 - CONTESTAÇÃO (2730539 CONTESTACAO 01)
 - 10581234 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10581237 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10581238 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10581239 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Microsoft Word - 2730539_CONTESTACAO 1 / 10

2730539- CS/ 2020-02386/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf Exibir todos x

PT 10:03 02/07/2020



02/07/2020

Número: **0800724-97.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10581234	02/07/2020 10:03	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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

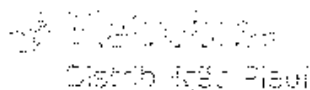
CONTA: 000000107960-4

Nr. da Autenticação 4BE349FEE55D3666



15/06/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2018 referente a UC: 3278182



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

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

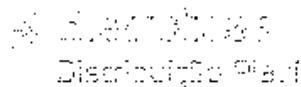
CÓDIGO ÚNICO 3278182	MÊS 05/2018	PERÍODO DE CONSUMO 17/04/2018 a 16/05/2018
CONSUMO (kWh) 270	VENCIMENTO 23/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 248,37

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

reporte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

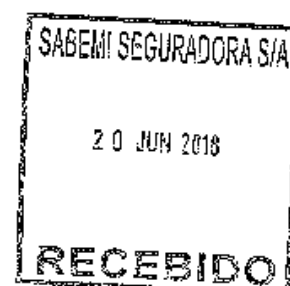
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

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

838000000023.483700170002.000000003277.818205180057



eletrobraspiaui.com/segundavia/fatura.php

1/1



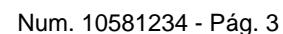
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>
Número do documento: 20070210030119500000010040673

Num. 10581234 - Pág. 2

SABEMI SEGURODORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Moisés Vital de Lima, inscrito (a) no CPF/CNPJ 590.071.233 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Sadyson da Costa Reis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 186.493.873 / 21 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Francisco Sadyson da Costa Reis, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 de Janeiro		Número	354	Complemento	—
Bairro	Centro / Mate	Cidade	Terreiros	Estado	PI	CEP
Email	moisevital@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	(86)3234-8541	Telefone celular (DDD)	(86)98848-6923

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

Moisés Vital de Lima
Assinatura do Declarante



DLDRI_001 V001/2017





PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1400451

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Nascimento: 02/01/1988 30a 1m 20d
Data Entrada: 21/02/2018 18:24:27
Médico Presc: Dr. Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho (CRM 4369)
Presc To: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho
Guia: 83195408
Diretor Técnico Médico:
Data de Validação: 21/02/2018 18:30 21/02 18:31



1.400.451
MEDPLAN / APARTAMENTO
21/02/2018 18:34:04
21/02/2018 18:33:00
21/02/2018 18:33:00 / 22/02/2018 17:59:59
83195408

EVOLUÇÃO MÉDICO PA

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS. VEIO A ESTE SERVIÇO TRAZIDA DE AMBULANCIA, 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. PA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. 18:34

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

Observação:

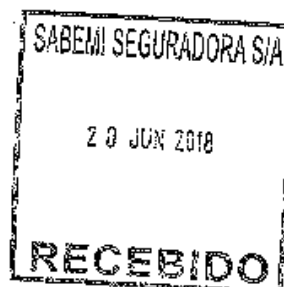
3 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL

1 Ampola Agora. IV 18:34

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Minifrac Frac (100 ml)
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369



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

Página 1

MIGUEL G / Médico P

Pronto Atendimento - PMA SALA 01 SALA

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

leito/quarto:





PRONTOMED ADULTO

FICHA DE ATENDIMENTO



1400661

Interação:	1400661	Definição:	21/02/18 21:07:56	Sala de Espera - PMA
Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Quarto:		ESPERA 09
Nascimento:	02/01/88 30a 1m 19d	Sexo:		
Estado Civil:		CPF:	998209406	
Convênio:	MEDPLAN	Mãe:	2829.0700	
R.G/C.N:	504.462.0	CPF Mãe:	036.493.873-01	
Endereço:	RUA FIDEIRA, 5898 VILA SAO FRANCISCO NORTE TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS	Nome do Pai:	CELSON DA SILVA RIOS	
Procedimento:				
Responsável:				
Endereço:				
Nascimento:	02/01/1988	CPF:		
Fonte Resp:		CPF Mãe:		
Médico Resp:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)	Intervento:		Cirúrgica

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 (s) 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 o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

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

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

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

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

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

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

Teresina, 21 de fevereiro de 2018.

Edileusa Chaves Costa Rios

Assinatura do paciente ou responsável legal

R.G. nº

938.022.6

Declaro para 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.

Edileusa Chaves Costa Rios

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Descrição Cirurgia

Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS Prontuário 425.598 Dt. Nasc. 02/01/1988 30 Sexo Feminino Telefone 993209406 Carácter Cir. Eletiva Setor Centro Cirúrgico 01 - PIVA Convênio MEDPLAN Observação Proced. Princ. 30717132 Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico	Cirurgia 27.711 Prescrição 1.163.901 Atendimento 1.400.661 Dt. Início 22/02/2018 16:05 Dt. Término 22/02/2018 17:19 Duração 74 Cirurgião Danilo da Silva Leite Anestesiista Anestesia Bloqueio
--	---

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

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1	Assinatura
2	Cirurgião Principal	160230	Danilo da Silva Leite	4827			
3	Primeiro Auxiliar	6153	Benedito Veras Batista Júnior	4555			
5	Anestesiista	1788	Luiz Mamede Dames de Castro	3183			
6	Instrumentador	109197	EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567			
7	Circulante	109192	SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100008			

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PL 4827 TEOT-15045

Dr. Benedito Veras B. Junior
Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM-PL 4555 TEOT-14958

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

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1	Assinatura
2	Cirurgião Principal	160230	Danilo da Silva Leite	4827			
3	Primeiro Auxiliar	6153	Benedito Veras Batista Júnior	4555			
5	Anestesiista	1788	Luiz Mamede Dames de Castro	3183			
6	Instrumentador	109197	EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567			
7	Circulante	109192	SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100008			

Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
pl: 4827 TEOT-15045

Dr. Benedito Veras B. Junior
Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM-PL 4555 TEOT-14958

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

FRATURA DE CLAVÍCULA

PACIENTE EM POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA
 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA
 DIVULSÃO 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

Impresso em: 22/02/2018 17:23:00

Página 1

DANILOL

CATE435



CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

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

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesiista	Luiz Mamede Deme de	3183
Anestesiista	Luiz Mamede Deme 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		
Perfurador 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, FASICA, DEAMBULANDO PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA COM DR DANILO, NEGA ALERGIA A FARMACOS, DM, HAS, EM HV, SEM EXAMES, REALIZADO ANEST. SEDAÇÃO+B. PLECO PELO ANEST. DR MAMEDE, REALIZADO DEGERMAÇÃO, INICIO DO PROCEDIMENTO, SEGUE SOB CUIDADOS MEDICOS 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+B. PLECO, EM HV, CURATIVO LIMPO E SECO, SSVV ESTAVEIS, SOLICITAÇÃO DE RX E PRONTUARIO EM ANEXO, SEGUE SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.						

Eventos

Início	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	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

Impresso em: 22/02/2018 17:32:26

Página: 1/1

CATE185





Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS			Telefone:	1.400.661
Data Nasc:	02/01/1988	30	Anos	CPF:	429598
Sexo:	F			Plano:	MEDPLAN
Telefone:	998209406			Data:	22/02/2018 17:02
Procedimento Cirúrgico:	Pseudartroses E/ Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -			Data:	22/02/2018 16:02
Médico Cirurgião:	Danilo da Silva Leite			Idade:	60
Médico Anestesiologista:					27711


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

Materiais	Quantidade	Unidade
Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	1	un
Aguilha 13x4,5 Desc.	1	un
Aguilha 30x7 Desc.	1	un
Aguilha 40x12 Desc.	1	un
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	20	un
Eletrodo Descartável	5	un
Eletrodo Descartável	1	un
Equipo Padrão (Eutroix p/ Soro Gotas Filtro)	1	un
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	5	pct
Lâmina Bisturi N:24-Feather	1	un
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	1	Par
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	3	Par
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	3	Par
Monocyl 3-0-Y936 H	1	env
SERINGA S/AG.03ML	1	un
SERINGA S/AG.05ML	2	un
SERINGA S/AG.10ML	1	un
SERINGA S/AG.20ML	3	un
Sonda Nasal Tipo Óculos	1	un
Torniquete 3 vias descartável	1	un





Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS			Verificação	1.400.661	
Data Nasc	02/01/1988	30	Anos	Profissão	429598	
Sexo	F			Cirurgia	MEDPLAN	
Telefone	996209406			Realização	22/02/2018 17:02	
Procedimento	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -			Realização	22/02/2018 16:02	
Médico Cirúrgico	Danilo da Silva Leite			Idade	60	
Médico Anestesiologista				Cirurgia	27711	

22 de Fevereiro de 2018

Assinatura Circulante

Médico Anestesiologista



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Director Técnico Médico:

Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data Nascimento 02/01/1988
Idade 30 anos
Sexo Feminino
Convênio MEDPLAN
Cód usuário 28290700
Atendimento 1400651
Prontuário 429598

Data Entrada 21/02/2018
Setor Posto Pássaros - PMA - 3º andar
Procedimento Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Cirurgião Danilo da Silva Leite
Anestesista Lutz Mamade Dornes de Castro
Tipo Anestesia Bloqueio
Início Cirurgia 22/02/2018
Fim Cirurgia 22/02/2018

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Veículo Medic	Quantidade	Tempo
Dormonid 5 mg/mL 3mL	Dormonid 5 mg/mL Inj. Ap-3mL	1 Ampola	S 16:09
Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20x10-20mL)	não usar - Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20	1 Frasco	S 16:09
Ketamin 50 mg/mL-10 mL	Ketamin 50 mg/mL Inj. Frap-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 16:11
Neocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	Neocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M	20 Mililitros	S 16:10
Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M	20 Mililitros	S 16:10
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2 Litros por minuto	N 16:09
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecotac Frac (500	1 Bolsa	S 16:09
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco	S 16:14
Bromoprida 5mg/ml Inj. Ampola C/ 2ml	Bromoprida Inj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 Ampola	S 16:14
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco	S 16:14
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 Ampola	S 16:14
Clonidrato De Ranitidina 25mg/ml Inj. Am	Clonidrato de Ranitidina Inj. Ap (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 Ampola	S 16:23
LOCALIZAR "Medicamento"	Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	1 Ampola	S 16:23
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg-2 mL)	1 Ampola	S 16:08
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 12 mL	Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 12 mL	1 Mililitros	S 16:08

Sinais Vitais e Monitorização

	Ritmo	FC	PA	PR	Temp	SpO2
		apm	mmHg	mmHg	°C	%
17:24	Sinusal	85	100	68	78	98
17:03	Sinusal	85	100	68	78	98
16:39	Sinusal	100	130	75	83	98
16:15	Sinusal	120	170	85	115	98

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Qtd consumida	Dose total
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 Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0
Bromoprida Inj. 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
Clorato De Sódio 0,9% Inj. Ampola C/ 10	20 ml	2 amp	0
Clonidrato 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

Impressão em: 22/02/2018 19:52:19

Dr. Luiz Mamade Dornes de Castro (CRM 3183)

Página 1

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Sector: Centro Cirúrgico 01 - PMA

Dr. Luiz Mamade D. de Castro
Anestesiologia / Clínica de Dor
CRM-3183

WATE61440
CANAR



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Dormamid 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. (FR 20	20 ml	20 ml	0
Neocaína 0,5% C/V INJ (FA 1:200.000-20M	20 ml	20 ml	0
Neocaína S/V 0,5% INJ (FA 1:200.000-20M	20 ml	20 ml	0
Onidansetrona 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	1	0
Aguilha 20x12 Desc.	1	0

Impresso em 22/02/2018 19:52:18

Dr. Luiz Mamede Dames de Castro (CRM 3183) Anestesiologia / Clínica da Dor

Página 2

Fez parte: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Sector: Centro Cirúrgico 01 - PMA

CRM - 3183

WATE01440

CANAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>

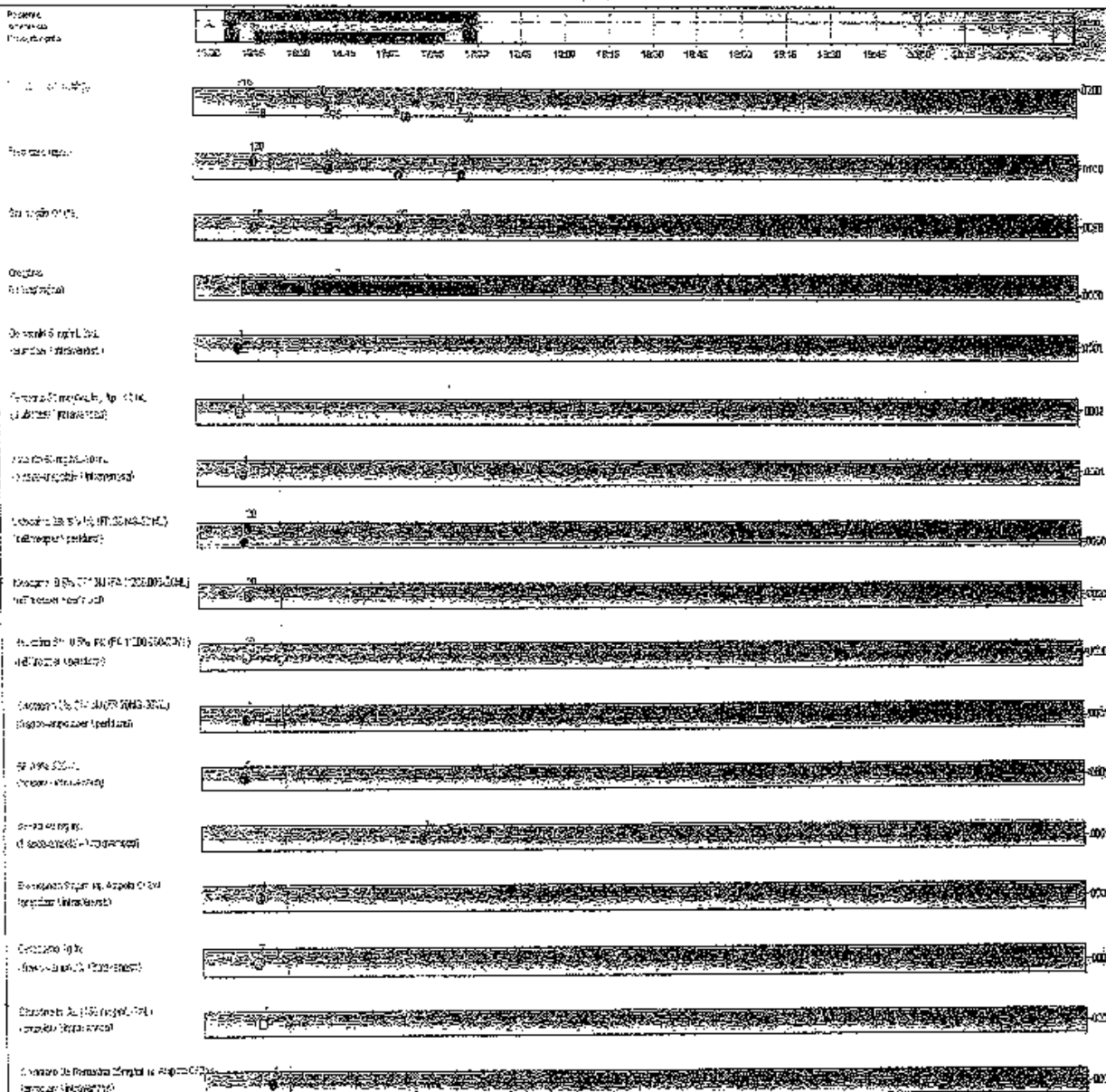
Número do documento: 20070210030119500000010040673

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Director Técnico Médico:

Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data Nascido 02/01/1988
Idade 30 anos
Sexo Feminino
Convênio MEDPLAN
Cód usuário 28290700
Atendimento 1400631
Prontuário 429598

Of. Entrada: 21/02/2018
Setor: 502 Posão Passaros - PMA - 3º andar
Of. Realizada: Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Cirurgião: Danilo de Silva Leite
Anestesiista: Luiz Mamede Dernes de Castro
Tipo anestesia: Bloqueio
Início cirurgia: 22/02/2018 16:05:00
Fim cirurgia: 22/02/2018 17:19:11



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

Dr. Luiz Mamede Dernes de Castro (CRM 3183)

Residência Clínica de Doc

WATE66008

Página 1

CRM - 3183

CANA

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico Of. PMA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>

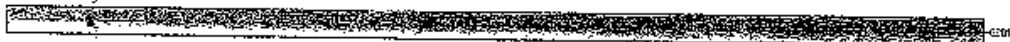
Número do documento: 20070210030119500000010040673

prontuário

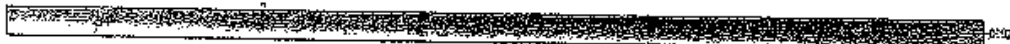
Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Residência em Anest. e Reanimação Cirúrgica
(Residência em Anest. e Reanimação)



Deposito de 500 reais, hj. 02/07/2020
(Deposito de 500 reais)



CCALIEP - Reanimador
(CCALIEP - Reanimador)



Gratificação de 10% do Salário
(Gratificação de 10% do Salário)



Processo em 22/02/2018 18:52:22

Dr. Luiz Mamede Dames de Castro (CRM 3183)

Luiz Mamede D. de Castro
Anestesiologia / Clínica da Dor

Página 2

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico 01 - PMA

CRM - 3183

CANÁ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>

Número do documento: 20070210030119500000010040673



FRANCO MED ADULTC

FRANCISCO JARDYANY, DA COSTA, RICS

Case Name: 02/01/1598

UF(b) DANILO DA SILVA LEITE

8410 Entomada: Z1/GZ/2018
 17-04-2018: 07:00:00

Frontier ID: 423396
 Altitude: 1500561

HENRI
 HENRI

NOME: <u>Francisca Jany de carl Rios</u>		APTO. <u>medicador</u>	
CIRURGIA: <u>Fratura de clavícula</u>	ANESTESIA <u>sob o floro</u>	INICIO <u>16:05</u>	TÉRMINO <u>_____</u>

ADMISSÃO:	HORA:	VIAS AÉREAS	GASES O ₂ _____ /min	ALERGIA
Paciente admitido no S.R.P.A. no Paq.		Catéter []	Ligado	
de Fratura da Clavícula, com lesão		Intubado []		
de Arterialização Subglo + Plexa Brach.		Máscara []	Desligado	
com orientação monitorizada S.S.V. por				
com AUP unicamente com líquidos				
Ariz Al no 4				

H O R Á R I O	SINAIS VITAIS							BALANÇO						
	PA	P	FR.	T.	SpO ₂	DIURESE		GANHOS (G)			PERDAS (P)			
								SOROS	SANGUE		DIURESE			
		100		37	99									
								S D M A						
								BALANÇO (G-P) =						

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

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK							
ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALTA
Atividade	Mova D4 membros Mova 02 membros Mova 0 membros	2 1 0	2	2	2	2	2
Respiração	Profunda Limitada, dispnéia Apnéia	2 1 0	2	2	2	2	2
Consciência	Completamente acordado Desperado ao chamado Não responde ao chamado	2 1 0	2	2	2	2	2
Circulação	PA \pm 20% do nível pré-anestésico PA \pm 20 a 49% do nível pré-anestésico PA \pm 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2	2	2	2	2
SpO2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente Mantém SpO2 > 90% em O2 Mantém SpO2 > 90% em O2	2 1 0	2	2	2	2	2
SOMA			10	10	10	10	10



[illegible]

PACIENTE	ENFERMIDADE DA PÁPIA	CC	ACOMPANHADA POR FAMILIARES E PRONTUÁRIO MÉDICO.
12019-16-36	17	100	88 Lúcia Monteiro Pereira da Cunha - 3163
12019-17-03	17	100	88 Luiz Acourtino Ramos de Castro - 3163
22024-17-03	17	95	58 Looz Maricilda Gomes do Carmo - 31113
22024-17-24	17	85	88 Lúcia Mariana Xavier dos Santos - 3163

ADMITIDO NA SEÇÃO CONSCIENTE, ORIENTADO P/ASCA, DEAMBULANDO PARA TTT CIRÚRGICO DE FIMATURA DE CLAVÍCULA COM DR DANILO, NEGA ALERGIA A FARMACOS, DM, HAS, EM HY, SEM EXAMES, REALIZADO ANEST. SEDACÃO+R-PELO PELO ANEST.DR MAMUDE, REALIZADO DESEMBERACÃO, INICIO DO PROCEDIMENTO, SEGUÍ SOB CUIDADOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM.

TERMINO DO PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHADO A SRA, SOB EFEITO DE SEDACÃO+R-PELO, EM HY, CIRIATIVO I, IMPO E SECO, SSASV ESTÁVEIS, SOLICITAÇÃO DE RX E MONITORAMENTO EM ANEXO, SEGUÍ SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

paciente recuperar a liberdade pelo anestesiologista encaminhada para a participação do usuário completo.

Medicamento	Indicação	Dose	Freq.	Modo de administração	Observações
Medicamento: Nifedipina, FA (20 mg)	Antidopante	Dose: 1 FA	Var: IV	Da prescrição: 1164325	
MARIA DE JESUS DOS SANTOS 22/02/2018 22:00:00					
Medicamento: Nifedipina, FA (20 mg)	Antidopante	Dose: 2 FA	Var: IV	Da prescrição: 1164325	
MARIA DE JESUS DOS SANTOS 23/02/2018 00:00:00					

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

100

100

Page 7

UNCLASSIFIED
CONFIDENTIAL



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1400661

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Nascimento: 02/01/1988 30a 1m 19d Sexo: F
Data Entrada: 21/02/2018 21:07:56
Médico Resp.: Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)
Prescritor: Danilo da Silva Leite (CRM 4827)
Setor: Sala de Espera - PMA
C.D.: S42.0 Frac da clavícula
Diretor Técnico Médico: CAMARÃO

Atendimento: 1.400.661
Convênio: MEDPLAN / APARTAMENTO
Liberação: 21/02/2018 22:53:24
Data Presc: 21/02/2018 22:51:00
Validade: 21/02/2018 23:00:00 / 22/02/2018 14:59:59
Leito/Quarto: ESPERA 09

Dieta: LIVRE
Observação: JEJUM NOTURNO - NOITE. LIBERAR DIETA LÍQUIDA NO CAFE (SEM LITE)

Medicamentos:

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frac (500 ml) 1 Frasco 12/12 h (06-18) IV 1.000

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 (500mg/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:

Tilatil Inj. PA (20 mg) 1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV 1.000

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:

Tramal 100 mg/2 mL Inj. Ap-2 mL 1 Ampola ACM IV

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

Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

13 Omeprazol Cp (20 mg) 1 Cápsula Antes Café 6h - Manhã VO 1.000

Observação:

Dr. Danilo da Silva Leite
CRM 4827

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - RJ 4827 RBOF 15045



140090
428590
23602700
230272019
MMDAGASCA

Administrado medicamento: Digipron Sódica inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV |
 Da prescrição: 1161640 | TATIANA MARIA MARQUES DE SOUSA | 22/07/2018 00:17:30 |

22/02/2018 00:17:00

Administrado medicamento: Omeprazol Cp (20 mg) | Dose: 1 ctp | Via: VO | Da prescricao: 12/05/2010 | Hora: 08:00:00 | Data de validade: 05/06/2010 |

Admissionarado medicamento:	Tamoxifeno 100 mg/2 ml Inf Ap-2 mL	Dose: x amp	Via: IV	Data:
-----------------------------	------------------------------------	-------------	---------	-------

QUANDO FORTE DOR ADMINISTRADO MEDICACAO PRESCRITA. AGUARDA CIRURGIA.

Seguiu um repouso no tecto no PRE OPERATORIO DE FRATURA DA CLAVICULA,comediente,orientado
 fascio eem alteraçao, no timento HV'funcionalmente.Em deita zero aguardando CC.

Administrado medicamento: Thiazid Inj. FA (20 mg) | Dose: 1 FA | Via: IV | Ja prescrito por: 11616540
 LAIS MARIA RODRIGUES FROTA | 22/02/2018 10:00:00 |

PACIENTE ENCAIMINHADA PARA O ACOMPANHADO POR FAMILIARES + PRONTUÁRIO MÉDICO.
EST. TECN. ENF. FRANCILENE.

Indicadores Alimintitricios	21/02/2018	24/20	24/20 Fmida covmida	Prdmtar	Conto de Film Lello - 4822

Compuport Cp (20 mg)	220218 00-2761	1 VO	TARAPITA MAGNOLIAE DE
Deser Prednoligon 0,5% 500mg	220218 00-2755	1 IV	TARAPITA MAGNOLIAE DE

[illegible][illegible][illegible]

PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS		1400661	
Nascimento 02/01/1988	30a 1m 20d	Peso	
Data Presc. 22/02/2018 21:32:56		Atendimento 1.400.661	Prontuário 429.598
Médico Resp. Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Convênio MEDPLAN / APARTAMENTO	
Prescritor Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Liberação 22/02/2018 15:32:13	Prescrição 1164325
Sector Posto Pássaros - PMA - 3º andar		Data Presc. 22/02/2018 15:28:00	
QID S42,0 Frnt da clavícula		Validade 22/02/2018 18:00:00 / 23/02/2018 14:58:59	
Endereço Rua do Médico		Leito/Quarto CANARIO	<i>Madagascar</i>

Dose	Intervalo
-------------	------------------

Medicamentos

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

Administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)

KEFAZOL 1G INJ.	Dose/Intervalo/Via	Horários
	2 Frasco-ampola 3x ao dia IV	16:00 08:00

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

Clonazepam 1mg/10ml - 2ml	Dose/Intervalo/Via	Horários
	1 Ampola ACM IV	ACM

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

Clonazepam Sódico Inj. Ap (500mg/ml-2 ml)	Dose/Intervalo/Via	Horários
	1 Ampola ACM IV	ACM

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

Clonazepam Inj. FA (20 mg)	Dose/Intervalo/Via	Horários
	1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22); IV	10:00

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

Clonazepam 100 mg/2 ml Inj. Ap-2 ml	Dose/Intervalo/Via	Horários
	1 Ampola ACM IV	ACM

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

3 Omeprazol Cp (20 mg)	Dose/Intervalo/Via	Horários
	1 Cápsula Antes Café Str - Manhã VO	08:00

Procedimentos/Serviços/Exames

RX Clavícula	Qtd / Intervalo	Horários	Materia:
	1 Vez	16	

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 4827 REO: 15047





PRONTOMED ADULTO
Sumário de alta/Transferência

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Atendimento	1.400.661	Prontuário	429.598
Data Naso.	02/01/1988 30 Anos	Dt. Entrada	21/02/2018 21:07:56		
Sexo	Feminino	Convênio	MEDPLAN		
Sector	Posto IIhas - 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		
Sector			
Responsável Alta	DANILO DA SILVA LEITE		
Necropsia			
Causa da Morte			

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 48277 EOT: 15043



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITACULOS

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIBEIRO

DOC/IDENTIFIC/CEL. ESTATUTAR
 5044620-3-59-20

CPF
 036.436.813-01

DATA DO BOMBADEIO
 02/03/1988

RAÇA
 BRANCA

EDIFICACAO CHAVES DO PER
 RIBEIRO

CHAVE DO RUA RIOS

PIEDRO

TEL. RESIDUAL
 33333333

DATA DE
 3.11

DATA DE
 12.03/2022

DATA DE
 12/07/2022

153881885

PROVIDO PLASTIFICAR

153881885

LOCAL
 TERESINA, PI

DATA DE BOMBADEIO
 11/09/2017

CHAVE DO RUA RIOS
 51182564420

PIEDRO
 51182564420

PIAUÍ

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA

DETTRAN - PI 0250517106
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2017
VIA 1. 458251321

NOME FRANCISCA MARDYANY DA COSTA RIOS

CPF 03649387301

PLACA ANT./UR 03649387301

COMBUSTÍVEL GASOLINA

EXERCÍCIO 2012

COR VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

VENG. COTAS 1 IPVA

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 81,28

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PI Nº 01250517106 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2017

DATA DE EMISSÃO 20/2/2017

PLACA 03649387301

COMBUSTÍVEL GASOLINA

EXERCÍCIO 2012

COR VERMELHA

CATEGORIA PARTIC

VENG. COTAS 1 IPVA

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) 81,28

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

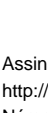
DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

PREÇO TOTAL (R\$) 81,28

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017



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:



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nº Sinistro: 3180285438

Vítima: 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

Carta nº 13038921

Pag. 00435/00436 - carta_01 - INVALIDEZ



00030218



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 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

Pag. 00423/00424 - carta_15R - INVALIDEZ



00030212



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 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

Pag. 00423/00424 - carta_15R - INVALIDEZ

00030212





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

Francisca Jacyrany da Costa Rios

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisca Jacyrany da Costa Rios	CPF titular da conta	036.493.873-01	Profissão	Procurador de Vendas
Endereço	Rua Vidua	Número	5898	Complemento	-
Bairro	São Francisco	Cidade	Turismópolis	Estado	PI
Email	marcinivital@hotmail.com	CEP	64000-000	Telefone (DDD)	(86) 98548-6923

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.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

0805

(Informar dígito se existir)

003960

(Informar dígito se existir)

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(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.

Turismópolis - PI, 15 de Junho de 2018

Local e Data

26 JUN 2018

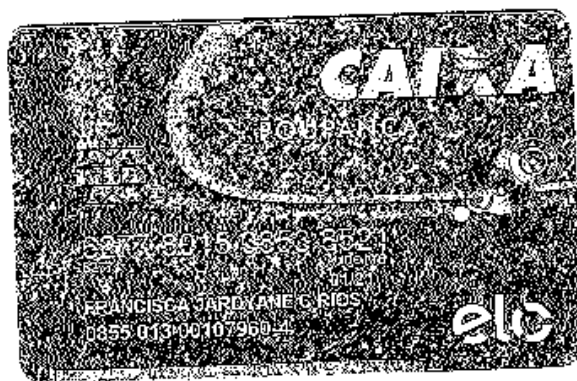
Francisca Jacyrany da Costa Rios

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FA9PF.001 V001/2027







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 160200.001975/2018-60

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 14/06/2018 - 11:08

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

MOGAMBINHO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

RG: 5044620

Mãe: EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS

Endereço: RUA VIDEIRA, Nº 5886

Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9484-8323

Tipo Envio: VÍTIMA/No. c/ente

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/POP 100 ANO 2012, PLACA ODX-8363, PROPRIETARIA 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 ENCAIXINADA PARA O HOSPITAL DO PRONTOMED ADULTO, PRONTUÁRIO 429.595, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097615

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Ca

Escrivã Especial

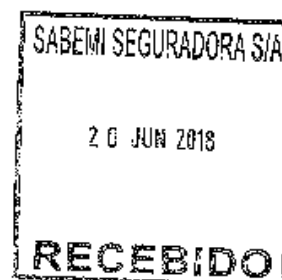
Mat.: 0097615

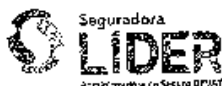
Francisca jardyany da costa rios

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS - Noticiante

Responsável pela notificação

Delegado de Polícia





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 interdita 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: Francisca Jarajany da Costa Reis CPF da Vítima: 036.493.873-01 Data do Acidente: 21/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

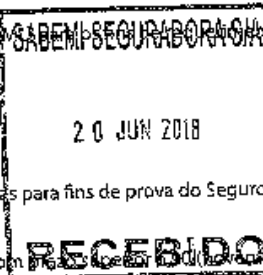
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de prova do Seguro de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 frequência inferior a 10 dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.



Turismo - PI 15 de Junho de 2018
Local e Data

Francisca Jarajany da Costa Reis
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3866	21/09/18	5298	17 146	17 149
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	18 104	18 133			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	02 01 C-15	Alcambira II	Ter-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica
	Próx. Escola	Francisco Tadeu da Costa Lima	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	30	1 - Sim 2 - Não
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	1 - Cinto de segurança 2 - Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 11	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	Pulso 78 Resp. 16 PA 120/80 TAX 19 SatO2 97%	Diagrama de corpo humano com seta no braço direito		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	06	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Golar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Prontorad <input checked="" type="checkbox"/> Não Removido <input type="checkbox"/>	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input checked="" type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinares	Vítima de queda de motocicleta, apresentando fratura de clavícula direita e estenose da coluna cervical. Foi encaminhado para o Hospital de Referência para atendimento de urgência. Realizada imobilização da coluna cervical com H&B e administração de analgésicos.				
	Assinado por: [Assinatura] Responsável pela recepção				

Versão: 27.11.2011



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

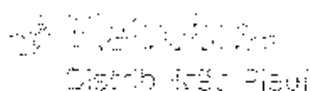
CONTA: 000000107960-4

Nr. da Autenticação 4BE349FEE55D3666



15/06/2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 05/2018 referente a UC: 3278182

**ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

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

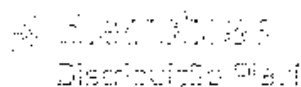
CÓDIGO ÚNICO 3278182	MÊS 05/2018	PERÍODO DE CONSUMO 17/04/2018 a 16/05/2018
CONSUMO (kWh) 270	VENCIMENTO 23/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 248,37

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

reporte aqui

ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

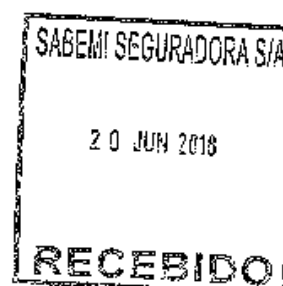
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

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

838000000023.483700170002.000000003277.818205180057



e.eletobraspiaui.com/segundavia/fatura.php

1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>
 Número do documento: 20070210030119500000010040673

Num. 10581234 - Pág. 33

CNPJ: 27.374.740/0001-06 - 151591808
 RUA ODESSA, 1095, FLORES - CEP: 54017-280, Teresina - PI
 Telefone: (0800) 279 2005 ou 115 / (91) 90124-6035

TV: 1.55
 201806061851: 13428373-2
 151591808
 15/06/2018

CONSUMIDOR
 NOME: MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
 RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - cep: 64018650
 LOCAL: 001-00208-000060
 GRUPO: 001
 NÚMERO DO HÔRÓMETRO: Y14N135124

DATA	LEITURA	CONDIÇÃO	VALOR
04/05/2018	121	10	26,51
06/05/2018	122	10	26,51

DÍVIDA DE JÁ PAGAS
 RESIDENCIAL
 VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51
 > Residencial-Normal 10,0 m3 26,51
 VALOR DE ESGOTO - 13,26
 > Residencial-Normal 10,0 m3 13,26
 JUROS POR ATRASO 05/2018 0,22
 MULTA POR ATRASO 05/2018 0,52

NÃO RESIDENCIAL
 VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51
 VALOR REFERENTE ESGOTO - 13,26
 JUROS POR ATRASO 05/2018 0,22
 MULTA POR ATRASO 05/2018 0,52

DATA DE VENCIMENTO: 08/06/2018
 VALOR A PAGAR: 40,81

OBSERVAÇÕES / ANEXOS
 ATENÇÃO: Nossos arquivos acusam 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 294/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍBRE	2,762	2,715	47	1,25	0,20-5,00 mg/L
CO2 / VARIANTE	2,520	2,787	283	30,14	Inferior a 15,00
PH	2,256	2,718	38	6,66	6,00-9,50
TURBIDEZ	2,767	2,435	332	2,87	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 294/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	997	999	17	Ausência	Ausente
COLIFORMES FECALIS	997	997	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 06/06/2018 HORA DA EMISSÃO: 16:51

SABEMI SEGURODORA S/A
 20 JUN 2018
RECEBIDO



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/biblioteca/web/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 Moisés Vital de Lima, inscrito (a) no CPF/CNPJ 590.071.233 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Sadyson da Costa Reis, inscrito (a) no CPF sob o Nº 186.493.873 / 21 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Francisco Sadyson da Costa Reis, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>354</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro / Mate</u>	Cidade	<u>Turima</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	<u>moisevital@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3234-8541</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 98848-6923</u>

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

Moisés Vital de Lima
Assinatura do Declarante



DLDRI_001 V001/2017





PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1400451

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Nascimento: 02/01/1988 30a 1m 20d
Data Entrada: 21/02/2018 18:24:27
Médico Presc: Dr. Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho (CRM 4369)
Presc To: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho
Guia: 83195408
Diretor Técnico Médico:
Data de Validação: 21/02/2018 18:30 21/02 18:31



1.400.451
MEDPLAN / APARTAMENTO
21/02/2018 18:34:04
21/02/2018 18:33:00
21/02/2018 18:33:00 / 22/02/2018 17:59:59
83195408

EVOLUÇÃO MÉDICO PA

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS. VEIO A ESTE SERVIÇO TRAZIDA DE AMBULANCIA, 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. PA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. 18:34

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

Observação:

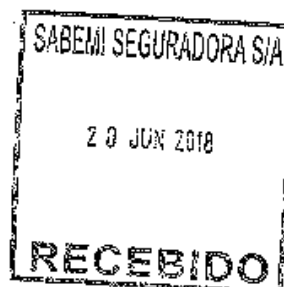
3 Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL

1 Ampola Agora. IV 18:34

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Minifrac Frac (100 ml)
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369



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

Página 1

MIGUEL G / Médico P

Pronto Atendimento - PMA SALA 01 SALA

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

leito/quarto:





PRONTOMED ADULTO

FICHA DE ATENDIMENTO



1400661

Internação:	1400661	De internação:	21/02/18 21:07:56	Sala de Espera - PMA
Paciente:	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Quarto:		ESPERA 09
Nascimento:	02/01/88 30a 1m 19d	Sexo:		
Estado Civil:		CPF:	998209406	
Convênio:	MEDPLAN	Município:	2829.0700	
R.G.C.N.:	504.462.0	CPF:	036.493.873-01	
Endereço:	RUA FIDEIRA, 5898 VILA SAO FRANCISCO NORTE TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS	Nome do Pai:	CELSON DA SILVA RIOS	
Procedimento:				
Responsável:				
Endereço:				
Nascimento:	02/01/1988	CPF:		
Nome Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)	CPF:		
Médico Resp.:	Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)			
Procedimento:	Cirurgia			

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 (s) 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 o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

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

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

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

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

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

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

Teresina, 21 de fevereiro de 2018.

Edileusa Chaves Costa Rios

Assinatura do paciente ou responsável legal

R.G. nº

938.022.6

Declaro para 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.

Edileusa Chaves Costa Rios

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Descrição Cirurgia

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Prontuário: 425.598
DL Nasc: 02/01/1988 30
Sexo: Feminino
Telefone: 993209406
Carácter Cir: Eletiva
Sector: Centro Cirúrgico 01 - PIVA
Convênio: MEDPLAN
Observação:
Proced Princ: 30717132 Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular - Tratamento Cirúrgico

Cirurgia: 27.711
Prescrição: 1.163.901
Atendimento: 1.400.661
DI. Início: 22/02/2018 16:05 **DE Término:** 22/02/2018 17:19
Duração: 74
Cirurgião: Danilo da Silva Leite
Anestesista:
Anestesia: Bloqueio

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

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1	Assinatura
2	Cirurgião Principal	160230	Danilo da Silva Leite	4827			
3	Primeiro Auxiliar	6153	Benedito Veras Batista Júnior	4555			
5	Anestesista	1788	Luiz Mamede Dames de Castro	3183			
6	Instrumentador	109197	EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567			
7	Circulante	109192	SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100008			

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

Dr. Benedito Veras B. Junior
 Ortopedia
 Cirurgião do Joelho
 CRM-PL 4555 TEOT-14958

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

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Quantidade: 1	Assinatura
2	Cirurgião Principal	160230	Danilo da Silva Leite	4827			
3	Primeiro Auxiliar	6153	Benedito Veras Batista Júnior	4555			
5	Anestesista	1788	Luiz Mamede Dames de Castro	3183			
6	Instrumentador	109197	EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567			
7	Circulante	109192	SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100008			

Danilo da Silva Leite
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião do Joelho
 CRM-PL 4827 TEOT-15045

Dr. Benedito Veras B. Junior
 Ortopedia
 Cirurgião do Joelho
 CRM-PL 4555 TEOT-14958

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

FRATURA DE CLAVÍCULA

PACIENTE EM POSIÇÃO CADEIRA DE PRAIA
 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA
 DIVULSÃO 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

Impresso em: 22/02/2018 17:23:00

Página 1

DANILOL

CATE435



CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA	Dt. Entrada	21/02/2018
Data Nasc	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	Anestesiista	
Cód usuário	28290700	Início cirurgia	22/02/2018 16:05:00
Atendimento	1400661	Fim cirurgia	22/02/2018 17:19:11
Prontuário	429598	Cirurgia	27711

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesiista	Luiz Mamede Deme de	3183
Anestesiista	Luiz Mamede Deme 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		
Perfurador 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, FASICA, DEAMBULANDO PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA COM DR DANILLO, NEGA ALERGIA A FARMACOS, DM, HAS, EM HV, SEM EXAMES, REALIZADO ANEST. SEDAÇÃO+B. PLECO PELO ANEST. DR MAMEDE, REALIZADO DEGERMAÇÃO, INICIO DO PROCEDIMENTO, SEGUE SOB CUIDADOS MEDICOS 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+B. PLECO, EM HV, CURATIVO LIMPO E SECO, SSVV ESTAVEIS, SOLICITAÇÃO DE RX E PRONTUARIO EM ANEXO, SEGUE SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.						

Eventos

Início	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 de anestesia	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006
17:30	Encaminhamento p/ SRPA	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Porte	Qt	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

Impresso em: 22/02/2018 17:32:26

Página: 1/1

CATE185





Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Data Nasc: 02/01/1988 30 Anos

Sexo: F

Telefone: 998209406

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

Médico Cirúrgico: Danilo da Silva Leite

Médico Anestesiologista:

1.400.661

429598

MEDPLAN

22/02/2018 17:02

22/02/2018 16:02

60


27711

Medicamentos	Quantidade	Unidade
Agua Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	2	amp
Agua Destilada Estéril Frasco C/ 500 mL	1	Fr
Bexira Inj. Fa (40mg)	1	FA
Cefazolina 1g Inj.	2	FA
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1	amp
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2mL)	1	amp
Dexametasona 4mg/mL Inj. (FA 2,5mL)	1	FA
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2mL)	2	amp
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	10	ml
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	1	amp
Neocaína 0,5% C/V INJ (FA 1:200.000-20ML)	20	ml
Neocaína S/V 0,5% INJ (FA 1:200.000-20ML)	20	ml
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	1	amp
Ringer C/ Lactato Frasco (500 mL)	1	Fr
Seloken Inj Ap (5mg-5mL)	1	amp
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 mL)	2	Fr
Xylestesin 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)	20	ml
Xylestesin 2% S/V INJ (FR 20MG-20ML)	20	ml
Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	1	un
Aguilha 13x4,5 Desc.	1	un
Aguilha 30x7 Desc.	1	un
Aguilha 40x12 Desc.	1	un
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	20	un
Eletrodo Descartável	5	un
Eletrodo Descartável	1	un
Equipo Padrão (Eutrofix p/ Soro Gotas Filtro)	1	un
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	5	pct
Lâmina Bisturi N:24-Feather	1	un
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	1	Par
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	3	Par
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	3	Par
Monocryl 3-0-Y936 H	1	env
SERINGA S/AG.03ML	1	un
SERINGA S/AG.05ML	2	un
SERINGA S/AG.10ML	1	un
SERINGA S/AG.20ML	3	un
Banda Nasal Tipo Óculos	1	un
Torniquete 3 vias descartável	1	un





Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS			Verificação	1.400.661	
Data Nasc	02/01/1988	30	Anos	Profissão	429598	
Sexo	F			Cirurgia	MEDPLAN	
Telefone	996209406			Realização	22/02/2018 17:02	
Procedimento	Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura Escapular -			Realização	22/02/2018 16:02	
Médico Cirurgião	Danilo da Silva Leite			Idade	60	
Médico Anestesiologista				Cirurgia	27711	

22 de Fevereiro de 2018

Assinatura Circulante

Médico Anestesiologista



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Director Técnico Médico:

Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS
Data Nasc: 02/01/1988
Idade 30 anos
Sexo Feminino
Convênio MEDPLAN
Cód usuário 28290700
Atendimento 1400651
Prontuário 429598

Data Entrada: 21/02/2018
Setor: Posto Passaros - PMA - 3º andar
Procedimento: Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Cirurgião: Danilo da Silva Leite
Anestesista: Lutz Mamade Domes de Castro
Tipo Anestes: Bloqueio
Início Cirurgia: 22/02/2018
Fim Cirurgia: 22/02/2018

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Veículo Medic	Quantidade	Tempo
Dormid 5 mg/mL 3mL	Dormid 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 16:09
Ketamin 50 mg/mL-10 mL	Ketamin 50 mg/mL Inj. Frap-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 16:11
Neocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M)	Neocaina 0,5% C/V INJ (FA 1: 200.000-20M	20 Mililitros	S 16:10
Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M)	Neocaina S/V 0,5% INJ (FA 1: 200.000-20M	20 Mililitros	S 16:10
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGENIO WHITE MED	2 Litros por minuto	S 16:09
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecotac Frac (500	1 Bolsa	S 16:14
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco	S 16:14
Bromoprida 5mg/ml Inj. Ampola C/ 2ml	Bromoprida Inj. Ap (5mg/ml - 2ml)	1 Ampola	S 16:14
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco	S 16:14
Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	Clonidina Inj Ap (150 mcg/mL-1mL)	1 Ampola	S 16:20
Clonidrato De Ranitidina 25mg/ml Inj. Am	Clonidrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml	1 Ampola	S 16:23
Decadron 4mg/ml Inj. Frasco-ampola C/ 2	Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5 ml)	1 Frasco	S 16:08
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2 Ampola	S 16:23
LOCALIZAR "Medicamento"	Seloken Inj Ap (5mg-5ml)	1 Ampola	S 16:08
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg-2 mL)	1 Ampola	S 16:08
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 12 mL	Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 12 mL	1 Mililitros	S 16:08

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PA	SpO2	Temp	Temp	Temp
17:24	Sinusal	85 / 100	98	78	98	98
17:03	Sinusal	85 / 100	98	78	98	98
16:39	Sinusal	100 / 130	98	93	98	98
16:15	Sinusal	120 / 170	98	115	98	98

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Qtd consumida	Dose total
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 Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0
Bromoprida Inj. 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
Clorato De Sódio 0,9% Inj. Ampola C/ 10	20 ml	2 amp	0
Clonidrato 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

Impressão em: 22/02/2018 19:52:19

Dr. Luiz Mamade Domes de Castro (CRM 3183)

Dr. Luiz Mamade Domes de Castro
Anestesiologia / Clínica de Dor
CRM-3183

WATE61440
CANAR

Página 1

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Sector: Centro Cirúrgico 01 - PMA



Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Dormamid 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. Frap-10 mL	1 FA	1 FA	0
não usar - Lidocaína 2% S/V Inj. (FR 20	20 ml	20 ml	0
Neocaína 0,5% C/V INJ (FA 1:200.000-20M	20 ml	20 ml	0
Neocaína S/V 0,5% INJ (FA 1:200.000-20M	20 ml	20 ml	0
Onidansetrona 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	1	0
Aguilha 20x12 Desc.	1	0

Impressão em 22/02/2018 19:52:18

Página 2

Fezente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Setor: Centro Cirúrgico 01 - PMA

Dr. Luiz Mamede Dames de Castro (CRM 3183) Anestesiologia / Clínica da Dor

CRM - 3183

WATE01440

CANAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>

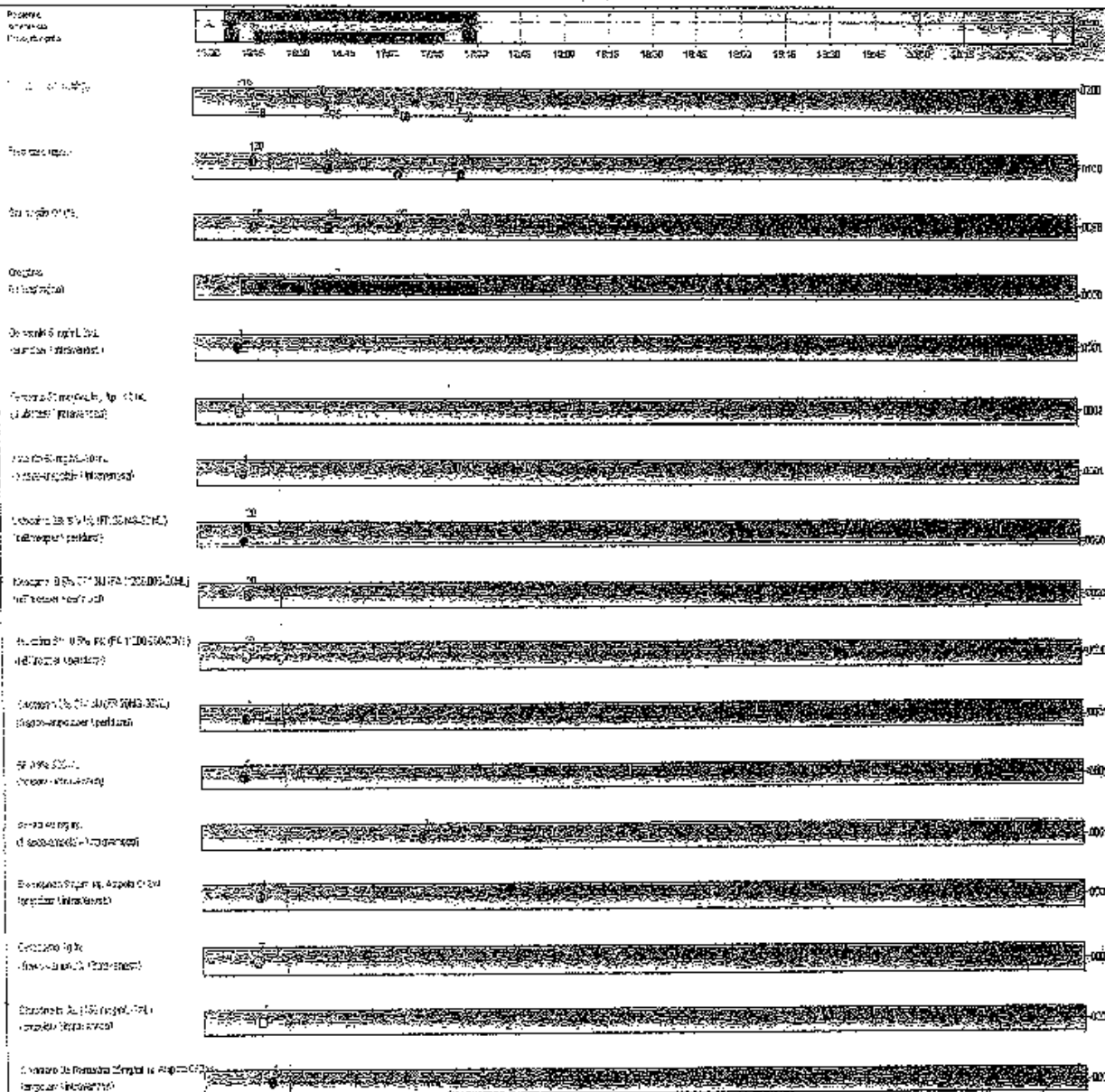
Número do documento: 20070210030119500000010040673

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Prontuário

Diretor Técnico Médico:

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Dt. Entrada: 21/02/2018
Data Nascido: 02/01/1988	Sala: 502 Poso: Passaros - PMA - 3º andar
Idade: 30 anos	Procedimento: Pseudartroses E/Ou Osteotomias Da Cintura
Sexo: Feminino	Cirurgião: Danilo de Silva Leite
Convênio: MEDPLAN	Anestesiista: Luiz Mamede Dernes de Castro
Cód. usuário: 28290700	Tipo anestesia: Bloqueio
Atendimento: 1400631	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 Dernes de Castro (CRM 3183)

Residência Clínica de Doc

Página 1

CRM - 3183

WATE66008

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico Of. - PMA

CANA

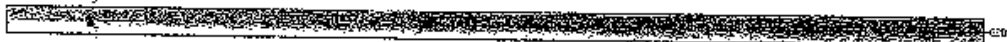


prontuário

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Receita Anestésica: Dr. Francisco de O. S. S. (Residência em Anestesiologia)



Deposito de 500 mg de Atorvastatina (Residência em Anestesiologia)



COLEP (Residência em Anestesiologia)



Grupos de Trabalho: Anestesiologia (Residência em Anestesiologia)



Processo em 22/02/2018 18:52:22

Dr. Luiz Mamede Dames de Castro (CRM 3183)

Dr. Luiz Mamede D. de Castro
Anestesiologia / Clínica da Dor

Página 2

FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Centro Cirúrgico 01 - PMA

CRM - 3183

CANA





FRANKED ADULT

FRANCISCO JARDYANY, DA COSTA, RICS

Verf. Name: 02/01/1598

Dr (b) DANIEL DE SILVA LEITE

File Entered: 21/02/2018
 File Number: 20180000000000000000

Frontier: 42338

Atendi

NOME: <u>Francisca Jany da Costa Reis</u>		APTO. <u>medica</u>	
CIRURGIA: <u>Fratura de clavícula</u>	ANESTESIA <u>sob o floro</u>	INICIO <u>16:05</u>	TÉRMINO <u>17:00</u>

ADMISSÃO:	HORA:	VIAS AÉREAS	GASES O ₂ _____ /min	ALERGIA
Paciente admitido no S.R.P.A. no 1º		Catéter []	Ligado	
do Fractura da Clavícula com lesão		Intubado []		
de Arterialização Subclávia + Plexa Braqui-		Máscara []	Desligado	
al, orientado, monitorizada S.S.V. por				
um AUP unicamente com líquidos				
Arterialização				

H O R Á R I O	SINAIS VITAIS							BALANÇO						
	PA	P	FR.	T.	SpO ₂	DIURESE		GANHOS (G)			PERDAS (P)			
								SOROS	SANGUE		DIURESE			
		100		37	99									
								S D M A						
								BALANÇO (G-P) =						

VISÃO GERAL DO PACIENTE									
ACESSO VENOSO		Periférico <input checked="" type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/>	DRENOS		Tórax D <input type="checkbox"/>	Tórax E <input type="checkbox"/>	Dreno a Vácuo <input type="checkbox"/>	Abdominal <input type="checkbox"/>
		Subclávia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNG <input type="checkbox"/>	Gastrostomia <input type="checkbox"/>	Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	Cistostomia <input type="checkbox"/>	R.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>				
					MONITORIZAÇÃO				
Peça (s) Cirúrgica (s): Sim <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>				
					Oxímetro <input type="checkbox"/>				
					Capnógrafo <input type="checkbox"/>				
					P.I.C. <input type="checkbox"/>				
					P.A.M. <input type="checkbox"/>				

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



[illegible][illegible]

ADMITIDO NA SG CONSCIENTE, ORIENTADO E ASSINA O CAMBOLANDO PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA COM DR DANILO MEGA ALERGA A FARMACOS DM, LAS EM HV SEM EXAMES REALIZADO ANEST, SEDACAO+PLEXO PELLO ANEST DR MADEIRA REALIZADO DESEBRACAO INICIO DO PROCEDIMENTO SEGUE SOB CUIDADOS MEDICOS E DE ENFERMAGEM.

TERMINO DO PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS ENCAMINHADO A SRPA SOB EFETO DE SEDACAO+R.PLECO EM HV CLINATIVO IMPO E SECS.GSVAS ESTAVEIS SOLICITACAO DE RX E PRONTUARIO EM ANEXO SEGUE SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PACT ADITO EM SRPA NO POI DE PSEUDARTROSE OU OSTEOITOMAS SOB EFETO DE ANESTESIA SEDACAO+PULOQUE PLEXO SOMENHO E CALMO MONITORIZADO EMHV

FACIENTE RECUPERADA LIBERADA PELO ANESTESISTA ENCAMINHADA PARA APARTAMENTO COM PRONTUARIO COMPLETO.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



1400661

Paciente: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nascimento: 02/01/1988 30a 1m 19d Peso:

Data Entrada: 21/02/2018 21:07:56

Médico Resp.: Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)

Prescritor: Danilo da Silva Leite (CRM 4827)

Sector: Sala de Espera - PMA

C.D.: S42.0 Frac da clavícula

Director Técnico Médico:

Atendimento: 1.400.661

Prontuário: 429.598

Convênio: MEDPLAN / APARTAMENTO

Liberação: 21/02/2018 22:53:24

Prescrição: 1161640

Data Presc: 21/02/2018 22:51:00

Validade: 21/02/2018 23:00:00 / 22/02/2018 14:59:59

Leito/Quarto: ESPERA 09

CAMARÃO

Dieta: *Jejum NADA - NOITE. LIBERAR DIETA LIGADA NO CAFE (SEM LITE)*

Medicamentos:

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)

1 Frasco 12/12 h (06-18) IV

1.500

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 (500mg/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:

Tilatil Inj. PA (20 mg)

1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV

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:

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

1 Ampola ACM IV

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

Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

13 Omeprazol Cp (20 mg)

1 Cápsula Antes Café 6h - Manhã VO

Observação:

Dr. Danilo da Silva Leite
CRM 4827

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - RJ 4827 TEOD 15045





Prontuário

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

21/03/2018 - 22/02/18

MANUTENÇÃO
1400001

FARMACIA JARDIM DA COSTA RIBE

02/01/1988 30 Anos Família

RUA FLORETA, 5898 VILA SÃO FRANCISCO NORTE TERESINA PI

WENY MA

Ponto de atendimento - PM - 3º andar

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

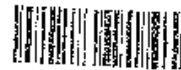
Prontuário

Prontuário

Prontuário



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



Paciente FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS		Atendimento 1.400.661		Prontuário 429.598
Nascimento 02/01/1988	30a 1m 20d	Convênio MEDPLAN / APARTAMENTO		
Data Presc. 21/02/2018 21:37:56	Peso	Liberação 22/02/2018 15:32:13	Prescrição 1164325	
Médico Resp. Dr. Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Data Presc. 22/02/2018 15:28:00		
Prescritor Danilo da Silva Leite (CRM 4827)		Validade 22/02/2018 18:00:00 / 23/02/2018 14:59:59		
Sector Posto Pássaros - PMA - 3º andar		Leito/Quarto CANARIO		
CID S42.0 Frac da clavícula				
Endereço Rua do Médico				

Dieta **Dose** **Intervalo**

Medicamentos

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

Administrar 500 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)

Medicamento KEFAZOL 1G INJ.

	2 Frasco-ampola 3x ao dia IV	16:00	18:00
--	------------------------------	-------	-------

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

Dose **Intervalo**

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

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

Dose **Intervalo**

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

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

Dose **Intervalo**

1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22); IV	10:00
-------------------------------------	-------

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

Dose **Intervalo**

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

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

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

1 Cápsula Antes Café - Manhã VO	08:00
---------------------------------	-------

Dose **Intervalo**

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 4827 REO: 15047





PRONTOMED ADULTO
Sumário de alta/Transferência

Paciente	FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Atendimento	1.400.661	Prontuário	429.598
Data Naso.	02/01/1988 30 Anos	Dt. Entrada	21/02/2018 21:07:56		
Sexo	Feminino	Convênio	MEDPLAN		
Sector	Posto Iltas - 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		
Sector			
Responsável Alta	DANILO DA SILVA LEITE		
Necropsia			
Causa da Morte			

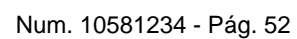
Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI: 48277 EOT: 15043



SABEMI SEGURODORA S/A

20 JUN 2018

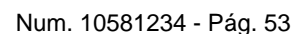
RECEBIDO



SABEMI SEGURODORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA

DETTRAN - PI 0250517106
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2017
VIA 1. 458251321

NOME FRANCISCA MARDYANY DA COSTA RIOS

CPF 06649387301

PLACA ANT/LUR 03649387301

COMBUSTÍVEL GASOLINA

EXERCÍCIO 2012

COR VERMELHA

CATEGORIA PARTIO

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

PI Nº 01250517106 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2017

VIA 1. 03649387301

PLACA 03649387301

COMBUSTÍVEL GASOLINA

EXERCÍCIO 2012

COR VERMELHA

CATEGORIA PARTIO

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

DATA DE PAGAMENTO 20/2/2017

SEM RESTRICÇÕES

PIRACINA

DATA 20/2/2017

VENG. COTAS 1 IPVA 2

SABEMI SEGURADORA S/A
20 JUN 2018
RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS

Nº Sinistro: 3180285438

Vítima: 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

Carta nº 13038921

Pag. 00435/00436 - carta_01 - INVALIDEZ



00030218



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Carta nº: 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

Pag. 00423/00424 - carta_15R - INVALIDEZ



00030212





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

Francisca Jacyrany da Costa Rios

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisca Jacyrany da Costa Rios	CPF titular da conta	036.493.873-01	Profissão	Promotor de Vendas
Endereço	Rua Vidua	Número	5898	Complemento	-
Bairro	São Francisco	Cidade	Turismópolis	Estado	PI
Email	marcinavittale@hotmail.com	CEP	64000-000	Telefone (DDD)	(86) 98548-6923

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.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

0805

(Informar dígito se existir)

003960

(Informar dígito se existir)

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(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.

Turismópolis - PI, 15 de Junho de 2018

Local e Data

26 JUN 2018

Francisca Jacyrany da Costa Rios

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

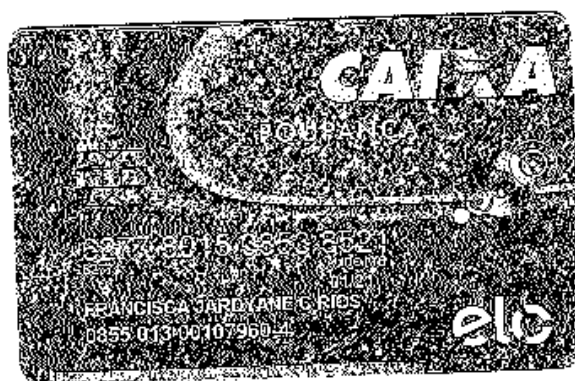
FA9PF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>

Número do documento: 20070210030119500000010040673





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 160200.001975/2018-60

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Data/Hora: 14/06/2018 - 11:08

DADOS DA OCORRÊNCIA	
Unidade Policial Responsável	Data/Hora: 14/06/2018 - 11:08
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	Data/Hora: 14/06/2018 - 11:08
Tipo Local	21/02/2018 - 10:00
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	MOGAMBINHO
Endereço	
RUA DA QUADRA 01, Nº	
Complemento	Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS	
Nome: FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS	Tipo Envolvido: VÍTIMA/Nº. 01
RG: 5044620	
Mãe: EDILEUSA CHAVES COSTA RIOS	
Endereço: RUA VIDEIRA, Nº 5886	
Bairro: VILA SÃO FRANCISCO NORTE	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-9484-8323	

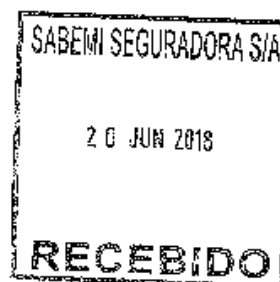
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA	
Natureza(s) da Ocorrência	
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.	

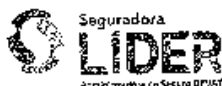
RELATO DA OCORRÊNCIA	
RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 100 ANO 2012, PLACA ODX-8363, PROPRIÉ. ARIAL CONDUZIR ACIMA QUALIFICADA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO CAIU EM UM BURACO, ONDE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAIXINADA PARA O HOSPITAL DO PRONTOMED ADULTO, PRONTUÁRIO 429.595. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.	

Amirálce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097615
AGENTE DE POLÍCIA
Amirálce R. Lebre Ca
Escrivã Especial
Mat.: 0097615

Francisca jardyany da costa rios
FRANCISCA JARDYANY DA COSTA RIOS - Noticiante
Responsável pela notificação

Delegado de Polícia





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 interdita 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 Francisca Jarajany da Costa Reis CPF da Vítima 036.493.873-01 Data do Acidente 21/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

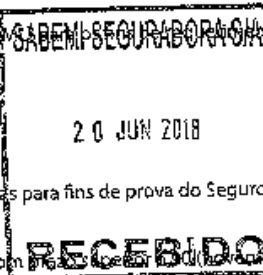
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de prova do Seguro de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 frequência inferior a 10 dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.



Turismo - PI 15 de Junho de 2018
Local e Data

Francisca Jarajany da Costa Reis
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070210030119500000010040673>
Número do documento: 20070210030119500000010040673

Num. 10581234 - Pág. 61



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3866	21/09/18	5298	17 146	17 149
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	18 104	18 193			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	02 01 C-15	Alcambira II	Ter-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica
	Próx. Escola	Francisco Tadeu da Costa Lima	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	30	1 - Sim 2 - Não
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	1 - Cinto de segurança 2 - Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 11	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	Pulso 78 Resp. 16 PA 120/80 TAX 19 SatO2 97%	Diagrama de corpo humano com seta no braço direito		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 4 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	06	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	Prontorad	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinares	Vítima de queda de motocicleta, apresentando fratura de clavícula direita e estenose da coluna cervical. Realizada imobilização da coluna cervical com colar cervical e encaminhada para atendimento hospitalar. Realizada imobilização da vítima com prancha de madeira e fixação com curativos. Realizada administração de analgésico.				
	Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/07/2020 10:04:00				

Versão: 27.11.2011

