

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

RG: 4.471.475 Orgão Emissor: SSP-PI

CPF: 079.993.443-70 Nacionalidade: BROSIIEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: do lar

Endereço: CJ. RAIMUNDO BATELA RD 109 LT 19 CS B N°

Bairro: PRONDER Cep: Cidade/UF: TERESINA-PI

Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira

RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piaui

Telefone: (86) 99472-9591 () ()

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

Vitima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

CPF: 079.993.443-70 Data do Acidente: 22/11/18

Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 22 AGOSTO 2019

Local e data

Andreina Thays Feitosa da Rocha
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes Silva
Escritório Autenticado
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS:
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDREINA THAYS
FEITOSA DA ROCHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE,
Teresina-PI, 12/08/2019. 9910:AA12534-GHC8
www.tjpi.jus.br/portalexta
Jéssica Aline de Menezes Silva - ESCRITÓRIO AUTENTICADO
Em 13.08.2019, 07:00:00, 77 FMM/PI-010, 10.000, 26 Total: 4,98 - OF: 234
PROCURAÇÃO PARTICULAR

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
NOTA

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Cartão

20/04/2014
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298606/19

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

CPF: 079.993.443-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2018

Titular do CPF: ANDREINA THAYS
FEITOSA DA ROCHA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA : 079.993.443-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1987 03 CONTA: 309487 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou na ritura (viver) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 28.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

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: 25518347

JACKSON COSTA

CJ RAIMUNDO PORTELA, 19, Q 109 LT 19 C B

PROMORAR

64027260 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
399230	08/2019	09/07/2019 a 07/08/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
119	10/09/2019	R\$ 114,49

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

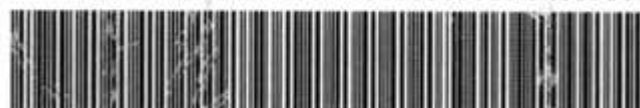
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
399230	08/2019	R\$ 114,49

836200000013.144900170008.000000000398.923008190053





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 026378729

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	02/09/2019	158	165,26

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13530	Atual:	26/08/2019
Anterior:	13372	Anterior:	25/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/09/2019
Consumo Medido:	158	Emissão:	23/08/2019
Consumo Faturado:	158	Apresentação:	26/08/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1 154

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/19	151	CONSUMO 158 A R\$ 0,905678 =	143,09
JUN/19	154	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,33
MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	0,06
ABR/19	143	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,67
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)	0,44
FEV/19	204	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)	0,08
JAN/19	133	MULTA POR ATRASO (2X)	5,29
DEZ/18	136	JUROS POR ATRASO (2X)	2,30
NOV/18	160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,44
OUT/18	138	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,13

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 158 - 0,058622

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9/17.080B.1359.CE00.D7CA.3960.4FAD.1C70

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	30,08	Base de Cálculo:	143,09
Energia:	58,10	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	9,82	Valor do ICMS:	31,47
Encargos:	4,81	Valor do PIS:	1,57
Tributos:	40,28	Valor do COFINS:	7,24

INDICADORES DE CONTABILIDADE							
	DIC	ENC	ENC	ENC	ENC	ENC	ENC
	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,22	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Cinco	TERESINA-MACAUBA						

ROT: 17.001.31.11.020100



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867-0

MÊS FATURADO

08/2019

Nº da Nota Fiscal 026378729 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$

165,26

VENCIMENTO

02/09/2019

83630000001 2 65260017000 3 00000000051 3 86700819008 6



SEQ.: 00339 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 26/08/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13530 NORMAL TOTAL: 165,26 CARGA: 010
DT.VENC.: 02/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

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 COAF**².

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 Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andriana Thays Feitor da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.993.443/70 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Andriana Thays Feitor da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.993.443/70, 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: Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.000.902</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>

Ter, Pi 28 de 08 de 19
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO

RG nº 3.330.415, data de expedição 06/04/15

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 056.300.003-14

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PI

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Proxidão, nº 00176

complemento Imóvel Avulsos, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Andriana Mayra Fátima da Rocha cujo o condutor era Francisco Pereira de Sousa

Veículo: Moto Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2013/2014

Placa: LVY-3560 Chassi: 9C2HBO210ER001917

Data do Acidente: 22/11/18

Local e Data: TERESINA 27 AGOSTO 2019

Francinaldo Carvalho do Nascimento
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
Themistocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua: Coronel Nogueira, 1201 - Centro - CEP: 64002-000 - Teresina-PI - Fone: (85) 3221-0100 - E-mail: cartorio3@teresianapi.com.br
Tribunal: Cartório Geral de Teresina

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 27/08/2019. Selo: AAL15168-3TEY
www.tjpi.jus.br/postalestra

Kelly de Abreu Valverde
KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 149
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL



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
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espancamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso Resp PA TAX SatO2
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	25 Local da lesão
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	 3 - Suspeito AT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b)	1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão a princípio e dano no braço e suspeita de fratura no braço				
	Responsável pela recepção Socorristas Médico Enfermeiro Condutor				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme de Brito, 400 Loja C
Centro-Norte CEP: 64011-900
Teresina - PI

Assinatura Médica
Assinatura Enfermeira
Assinatura Condutor

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505897

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Data do Acidente: 22/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

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

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

Recebedor: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 00000109487-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505897

Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Data do Acidente: 22/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003277/2019-70

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

Data/Hora: 27/08/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA INACIO COSTA VERAS, Nº:

Complemento

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

Data/Hora

22/11/2018 - 09:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4471475 PI

Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA

Endereço: QD-109, LT-19, CS-B, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/POP 100, PLACA LVY-3560-PI, COR PRETA, RENAVAM 00585008477, PROP. DE FRANCINALDO CARVALHO DO NASCIMENTO, DE CONDUTOR FRANCO PEREIRA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT, (PRONT. 456503). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

Andreina Thays Feitosa da Rocha
ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DE. PESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 1987 03 CONTA: 109487 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou na natureza (viv nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a logo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a logo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a logo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresopolis - RJ, 28.08.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000109487-6

Nr. da Autenticação 88BF5226BC187252

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

~~NOVO~~ OK
CIR. GERAL OK
ORTOPEDIA

Imp: 22/11/2018 10:48:15
User: LORENA
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		Prontuário: 456503
Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	Pai: ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO	
End.Resid.: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Fone: 86-98828-8086
Responsável: O MESMO		CNS: 898000536602931
Profissão:		Documento: CPF: -
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694910	Data: 22/11/2018 10:37:43	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VEIO ATRAVES DO SAMU COM RELATOS DE VÍTIMA DE ACIDENTE TRANSITO MOTO/COLISAO COM CARRO. APRESENTANDO EDEMA EM REGIAO FRONTAL. HEMATOMA. RELATA SER ALERGICA A DIPIRONA. SEGUE ALCOOLIZADA.			Profissional Clas. Risco: LORENA MAGALHÃES MACEDO 221123 Em: 22/11/2018 10:48:15

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 11:00h)

Paciente vítima de acidente motociclistico há +/- 1 hora, sem capacidade. Via aérea permeável, glóteas abertas, mandíbula rígida. B.M.P. bilig-tergicamente, língua estável, sem RA. 23 mm. C. Acm. estável, e brônquios auscultados, pulmões estáveis. D.E.C.G. = IS, pupilas isocóricas e reage a luz, T.C.E. leve e história de perda de consciência. E Exoneração de dor em m.m.s.s. e pelve.

REALIZADO ULTRA-SONOGRAFIA

PA 120 X 80 mmHg

Pulso: 80

Diagnóstico Inicial:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PC: 84

DATA: 22/11/2018

Temp.: -

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

EXAME

CID:

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio, TC de coluna cervical, Rx de torax, Rx de pelve, Rnd de membros superiores e mãos, USG abdominal total.

HUT DR. ZENON ROCHA

TCAL CRÂNIO COM ELIMINADORA DE

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID
EXAME Tol. com 22/11/2018 11:45
DATA: 22-11-2018 11:45
HORA: 11:45
Procedimento: - CID: -

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 22/11/2018 10:48:32

(LORENA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		Prontuário: 456503
Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	Pai: ROSEILSON PERERIA DA ROCHA NONATO	
End.Resid.: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 30/05/2000	Idade: 18a5m23d	Sexo: Feminino Fone: 86-98828-8086
Responsável: O MESMO		CNS: 898000536602931
Profissão:		Documento: CPF: . . .
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 694910	Data: 22/11/2018 10:37:43	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:00	ESPECIALISTA: Neurocirurgia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE + queda de moto	
Glasgow 15 Limitação analgésica de MSD	
Tc de crânio: sem patologias neurocirúrgicas	
Tc de coluna cervical: sem fraturas ou lesões	
cd: Sem conduta neurocirúrgica / alta de neurocirurgia	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 17:40h Ortopedia	
Trauma crânio D + intracraniano;	
avaliado e liberado neurocirurgia e cirurgia geral e	
cirurgia ortopédica. Pre fratura incompleta de fêmur proximal	
cd: Tratamento conservador (tubo americano).	
Orientação de acompanhamento ambulatorial	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Regu	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 22/11/18 12:27h	ESPECIALISTA: cirurgia geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: politraumatizada + gestante; avaliação e conduta;	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 22/11/18 13:30 Cl. - Geral	
Paciente vítima de acidente motociclístico. Os de abdome	
sem alterações físicas. Fato 1400 (8 semanas 3 dias). Eupneica,	
Bulsa de Fletch de 10 cm de diâmetro, palpáveis profundas.	
Rx de tórax. Hemotórax à esquerda.	
cd: Sem indicação de abordagem pela cirurgia	
Ampliação Rx torácica	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Deu bem

NOME DO PACIENTE <i>Anderson Therys Feitor da Rocha</i>	PRONTUÁRIO <i>658603</i>	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Acidente de moto</i>	ALERGIAS <i>DSLRONA</i>		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>22/11/18</i> HORA: <i>13:30</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
① Dente zero	<i>(X)</i>		<i>14:00 PA: 120/80 mmHg</i>		
② SFO, 97, 100 ml, EV, agora	<i>(X)</i>		<i>— 8 = 30 BPM</i>		
③ Granul 100 mg + SFO, 57, 100 ml, agora	<i>(X)</i>				
④ Amitridina 75 mg + AD, EV, agora	<i>(X)</i>				
⑤ CCB + SSU					
⑥ Observação					
Dr. Leonardo Lino MÉDICO CRM-PI 6675					
⑦ Bromoprida 1mg + AD, EV, 8/7h					
Dr. Leonardo Lino MÉDICO CRM-PI 6675					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1000 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.010-170
Teresina - PI

*18/10 Paciente com lesão crânio, EV, 8/7h
exame físico normal, sem sinais de
contusão e com it. bulco crânio
Se avaliada pela clínica cirúrgica, encaminhado
para avaliação de neurologia, neurocirurgia,
ortopedia e cirurgia plástica.*

MÉDICO/CRM:
CDi - ALTA de Clínica Médica
- Curador da patologia de número 10 de acordo com a orientação
anterior

*Dr. Cristóvão Mendes
Clínica Torácica e
Endoscopia Respiratória*
Mod: 007
*17:00 Realizado curativo com 10/18
+ ABE em 20/11/18. He m. bem*



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

15239J

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	227531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA			6 - Prontuário:	456503		
7-CNS:	898000536602931	8-Nascimento:	30/05/2000	9-Sexo:	Feminino	RG:	4471475 - PI
11-Mãe:	ELIZABETE FEITOSA DA SILVA			12-Fone:	86-98828-8086		
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda		
15-Ender:	QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**20 - Principais sinais e sintomas clínicos:**

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura em extremidade superior do úmero D.

21 - Condições que justificam a internação:

tto cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

exame físico + rx

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prim:

S423

25-CID Sec.1

26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO**28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:**

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

YURI JIVAGO FELIX

34-Data Solicitação:

22/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-COR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO**46 - Nome do Profissional Autorizador:****47-Data Autorização:****48-Documento:****49-Num. Documento:**

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **RAFAEL**
Consulta Local: **694710**
Consulta SUS:
Impressão: **03/12/2018 10:07:15**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 152391

AIH: 2218101854386



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898000536602931	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	30/05/2000	F	456503
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688288086	ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	ANDREINA THAYS	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64002070				19
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DEFICIT FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO FRATURA LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMBRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408060190 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
CPF: 74663593372

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

22/11/2018

DATA ADMISSÃO

22/11/2018 19:05

DATA ALTA

25/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079315 CRM:	
DATA ANALISE: 05/12/2018 10:10:49	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47300
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT CX - 01211-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Vanda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	01 placa DCP 4,5mm extra (6f.) (inclui parafusos)
	02 - espinhas
	02 - corticóide



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/11/18 DATA DA ALTA 1/1/19

PACIENTE - Nome: Andreia Thays Feitosa da Rocha

Nº AIH: 227531

Nº do Prontuário: 456503 Data da Internação 1/1/19

Procedimento Médico Realizado: C408020393

Indicador de Compatibilidade: 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Yuri

CRM Nº _____

Joana Lúcia Almeida Magalhães
Matriculada no Conselho
BAME - MAT
CONFERE COMO ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde


1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 227531
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	6 - Prontuário: 456503		
7-CNS: 898000536602931	8-Nascimento: 30/05/2000	9-Sexo: Feminino	CPF: -
11-Mãe: ELIZABETE FEITOSA DA SILVA	12-Fone: 86-98828-8086		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-End: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408060190	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 23/11/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**paciente c/ fratura de D.áfise de Ulna
c/ Necessidade de fixação Placa DCP 4,5 (6 furos).**

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 29 AGO 2018	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	52-CNS/CPF: 101218	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(RONALDO ROCHA)

Joana Lúcia Mendes Mesquita
Márcia Lúcia Mesquita
SAME - HUT
TERE COM O ORTODONTISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/11/2018

NOME DO PACIENTE: <u>Andreia T. F. da Rocha</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>456503</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Kiana</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>BRP</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADO: <u>Socorro Oliveira</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA <u>7</u>	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500ml</u>	UNID.	03	
GASES <u>5/0</u>	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Eletródos</u>	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	unid	—	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	—	—		<u>Escola</u>	unid	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—	—		<u>Crepom</u>	unid	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG	—	—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG	—	—					
(ALCOFIL) <u>Mononylon</u> <u>nº 3-0</u>	unid	01					
MONONYLON <u>nº 2-0</u>	unid	01					
FITA UMBILICAL	—	—		ENFERMARIA:			
VICRYL <u>nº 1</u>	unid	01		CIRCULANTE: <u>Brandt</u>			
PROLENE	—	—					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Andreina Thayss Feitosa da Rocha

Diagnóstico pré-operatório Fratura de úmero proximal @

Operação - Tipo Fratura Cirúrgica

Cirurgião Dr. Yury Augusto Félix

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Socorro Oliveira

Anestesista Dr. Yury

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 08-23-11-2018

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

5/ Interconexões

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1 Paciente em "cabeira de prancha" sob bloqueio de Plexo Braquial + sedação 2 Antissepsia + Assepsia + Colocação de Campos 3 Incisão Antero-lateral braço @ - dissecção baseada por planos 4 Redução Fratura de úmero @ + fixação c/ placa DCP 4,5 (6 furos) + parafusos 5 Controle c/ exatidão + revisão de Anatomia 6 Síntese de Placas + curativo.

Yury Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-47390

Joana Lúcia Mendes da Mota
Médica - HUT
CRM-47390
NÃO REPRODUZIR SEM O ORIGINAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		456503	30/05/2000	18	Ortopédica	238	256	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
22/11/2018	FRAT. ÚMERO D							
25/11/18	Paciente com pulso clínico							
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Curativos diários							
8	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Dr. Yuri Jivago Félix</i></p> <p>Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT 10029</p> </div> <div> <p><i>Dr. Ricardo S. Valença</i></p> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT 11305</p> </div> <div> <p><i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i></p> <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367</p> </div> </div>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Dr. Jordano Cronembregger</i></p> <p>Dr. Jordano Cronembregger Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT 10029</p> </div> <div> <p><i>Dr. Ricardo S. Valença</i></p> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT 11305</p> </div> <div> <p><i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i></p> <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367</p> </div> </div>								

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

238

18

456503

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. ÚMERO D

25/11/18

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA		456503	30/05/2000	18	Ortopédica	238	256	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
FRAT. ÚMERO D								
24/11/18								
<div> <div>Ediltono Nogueira</div> <div>Nº TRICIONISTA</div> </div>								
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10								
OBSERVAÇÕES								
10:00 - Realizado a tração do membro em posição de estremo, utilizado SF0,9% + gases. F.O Lim. para secar. Tec. preme.								
12:00 - Aberto P.A. 151 (101 mmHg, P. 81)								
13:00 - Tec. preme.								
23:00 Verificado								
PA: 129x77 mmHg								
Obras realizadas								
acesso periferico MSE								
fecho 22								

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 AGO 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 665 Lda C
 Centro-Norte CEP: 64.002-670
 Teresina-PI

Nome: Ediltono Nogueira
 Matrícula: 123456
 S. M. HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

IVONETE

[illegible]

NOME Andréia Thais F-DA RECHA IDADE _____ anos DATA 23/11 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUIDIANAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Ombro CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>129/72</u>	<u>119/58</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>89</u>	<u>87</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	_____	_____
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	_____	_____
NOME/ MATRÍCULA	<u>Andréia</u>	<u>ASB</u>

ÍNDICE DE ALDRETTREE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL		<u>09</u>	
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS.		<u>Klênia Freire Parentes</u> ENFERMEIRA COREN-PI: 484025	

() SONDAS VESICAIS		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
s	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admitida na sala, em POS de prot. útero. Consciente, orientada.
Exame em RA. HV pino.

13:20 Alta, recuperada.

Klênia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Klênia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 AGO 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Laércio Raulino Filho
 Médico Anestesiologista
 HORAS: _____

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TURT () NEU () CIR () MÉD



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 20962 - Em: (22/11/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:					
227531	456503	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA	30/05/2000	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA					
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:										
Hora:		FRATURA DE UMERÓ PROXIMAL + GESTANTE 1º TRIMESTRE + MULTIFILAS ESCORIAÇÕES										
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dieta		ORAL Tipo LIVRE,										
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"		1,00	Frasco	EV	6/6h						13/11/18 - Admitida ao Postef
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h	AD					Gua Fratura de Umeró Prox
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SF0,9% SOB		1,00	Ampola	EV	8/8h	SF 0,9%					Final. Curativo, gestante
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		1,00	Ampola	EV	12/12h						(1º Trimestre), aberta a
5	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Frasco	EV	6/6h	AD					sucessos e vem de se fazer. Alérgica a

a dipirona, abp m
vic, com curat
branco p/ amarelo
orientado p/ k...
23/11/18 - 07:35 - Paciente
eupneica, normotensa, normo-
têmica. Alérgica a dipirona.
Não comorbidades. Em ipim.
Encaminhada ao CC por or-
dem médica. Dr. Ent. Uma
Paula Cardoso.

CRAMBS ALONIA
Dr-fury

Reserva
e - wolf
13- 2:00m
Lao-tse frontiers
CNPJ: 05.522.917/0022-02
TERESINA-PI CEP: 64017-770
22/11/2018 19:08:22
Folha 1 de 1
Mensagem: 47399
SAME - HUT
NÃO CONFERE COM O ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		HUT				Nº DE REGISTRO	
DATA: 23/11/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO					SISTEMA URINÁRIO		
SISTEMA DIGESTIVO					CORTICOIDES		ATARAXICOS
ESTADO MENTAL					OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				Sequência	
TEMPERATURA T		SANGUE 300				1	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100				2	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		260				3	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		240				4	
RESPIRAÇÃO O		220				5	
SÍMBOLOS		200				6	
TÉCNICAS		180				7	
OPERAÇÕES		160				8	
CIRURGIÕES		140				9	
ANESTESISTAS		120				10	
PARTICULARIDADES		100				11	
		80				12	
		60				13	
		40				14	
		20				15	
		10				DURAÇÃO	
		08:20 - 10:49				08:20 - 10:49	
		INCIDENTE - ACIDENTE					
		CONDICÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS					

MOD 76 - HUT

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

Assinatura Médica de Anestesiologia
SABE HUT
LEVE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894280 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109027 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/11/2018

US DE ABDOME TOTAL

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.
- Ovários não visualizados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Vesícula biliar com conteúdo líquido com finos ecos em suspensão.
2. Útero gravídico, com embrião vivo e ativo, idade gestacional compatível com 8 semanas e 3 dias.

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

(LEANDRO

TERESINA - PI 22/11/2018

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável



Joana Luiza Mendes de Albuquerque
 Matrícula: 2550
 SAME - HUT
 INTERE COLO ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894281 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109028 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/11/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada no colo cirurgico do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Lucia Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 4720
SAME - 114
- COPIA COM ORIGINAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894281 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109029 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/11/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Jucelia Lucio Mendes de Albuquerque
 Matrícula: 47350
 SAM - HUT
 PRESENTE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109030 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 22/11/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



João Lucas Mendes de Araújo
Matrícula: 1000
SAME - 1000
NÃO COPIAR ORIGINAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894282 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109032 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 22/11/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada no colo cirurgico do úmero direito.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Joana Lúcia Mendes da Rocha
 Matrícula: 47330
 SAAE - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
 Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
 Requisição: 894283 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1109033 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 22/11/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Azevedo
 Matrícula: 47350
 SAE - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA** (Prontuário: 456503)
Endereço: QD 109 LOTE 19 CS B - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 30/05/2000 Idade: 18a5m23d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 694910
Requisição: 894284 Solicitação: 22/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1109034 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 22/11/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

João Luiz M. de Mesquita
Matriculado: 47200
SIAE - HUT
Este é o original

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 AGO 2018

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.471.475
DATA DE EMISSÃO	20/09/16
NOME	ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA
FILIAÇÃO	ELIZABETE FEITOSA DA SILVA ROSEILSON PEREIRA DA ROCHA NONATO
NATURALIDADE	PARNAIBA-PI
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 341 L 1 F 172
CPF	EXP LAJEADO-TD 23/06/00 079.993.443-70
ASSINATURA DO DIRETOR	0974923
DATA DE NASCIMENTO	30/05/2000
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS
	
ASSINATURA DO TITULAR	0974923
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS:
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 AGO 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresopolis-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505897 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREINA THAYS FEITOSA DA ROCHA **Data do acidente:** 22/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.04)
FRATURA DA EXTREMIDADE DO ÚMERO DIREITO (PAG.04)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO + PLACA E PARAFUSO)E ALTA (PAG.09)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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