

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

PI Nº	013603913220	BILHETE DE SEGURO DPVAT
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>		
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1	98887009368	2019 24/01/2019
RENAVAM	MARCA / MODELO	PLACA
01083332136	HONDA/POP 110I	PIX-2262
ANO FAB.	CAT. TANDEM	Nº CHASSI
2016	09	9C2JB0100GR204383
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FINS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	084,50
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	PARCELADO	24/01/2013
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CNPJ 09.348.509/0001-04</p>		



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO
GERAL

2.643.369

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/12/10

NOME
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

FILIAÇÃO

LUZIA ALVES DE SOUSA
FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO

04/07/1984

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 22967 L A126 F 72
EXP FLORIANO-PI 27/08/90

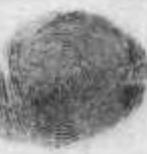
CPF

015.558.723-44

*Carteira de Identidade
Maria Luiza Alves de Araujo*

LEI Nº 5.116 DE 29/06/63 - DECRETO Nº 89.250/63

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



Maria Luiza Alves de Araujo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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.

¹SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E PESSEGURO. ²CONSELHO 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 ILICITAS PRIVADAS NA LEI nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edimil Alves dos Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Luiza Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.558.723-44,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Maria Luiza Alves de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.558.723-44, 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 PROJETADA 22</u>	Número: <u>291</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>TIBORÓ</u>	Cidade: <u>Floripa</u>	CEP: <u>64800-000</u>
E-mail: <u></u>		Tel (DDD): <u>(89) 99423 5886</u>

Local e Data:

Floripa - PR 16/08/2019

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

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, Raimunda Vieira de Sousa

RG nº 1.662.659, data de expedição 15/07/10

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 988.870.093-68,

com domicílio na cidade de Floriano, no Estado de

Piáni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Maria Lúiza Pereira, nº 460,

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

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

Maria Lúiza Alves de Prado, cujo o condutor era

Maria Lúiza Alves de Prado.

Veículo: Pernoduro Modelo: Pop 110 Honda Ano: 2016

Placa: PIX2262 Chassi: 9G2TB01006R204383

Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data:

Floriano PI - 26/07/2019

1º OFÍCIO

Raimunda Vieira de Sousa

Assinatura do Declarante

Maria Lúiza Alves de Prado

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO

Jardim Rocha Lima - Teresina - PI - CEP 64000-000
Rua Fernando Magalhães, nº 100 - Centro - Floriano - PI - CEP 64000-000
Foto Tel: (086) 3232-1318 - e-mail: cartoriofloriano@terra.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA, D.O.U.FE. EM TEST. Quasi DA VERDADE, FLORIANO-PI, 26/07/2019. Emol.:3,85 TJU:77 FIMP:0,10 Selos:0,26 Total:4,99 Selos ABS:2610 (F600P69)
Silene Lúiza de Sousa.
Silene Lúiza de Sousa - Escrivane compromissada.



Cepisa

Para consulta
dinâmico, informe
mês: MM/ANOSEU CÓDIGO
0706265-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ de Sujeito Físico 01.001.001-0001-00
CNPJ de Sujeito Físico 01.001.001-0001-00
Número da Conta de Energia Elétrica - Termo 0-1
Regime de cobrança de impressão autorizado pelo SAEZ/CEPIS

Nº da Nota Fiscal 024603355

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

DATA DA LEITURA	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	24-07-2019	291	290,90

EDIMAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERIO 291-A B-URBANO
CNPJ: 000748005803000
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 93.800.13.15.042300

DATAS DA LEITURA

Atual	752	Atual	17/07/2019
Anterior	461	Anterior	17-06-2019
Corrida de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	15-08-2019
Consumo Médio:	291	Emissão:	16-07-2019
Consumo Floriano:	291	Apresentação:	17-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2192262	1.1.1.1	195	

HISTÓRICO kWh	Média mês consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA
JUN/19	282	CONSUMO 291 A R\$ 0.927764 = 269,97
MAI/19	179	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,00
ABR/19	171	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI 1.82-
MAR/19	191	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 2,34-
FEV/19	192	MULTA POR ATRASO 05/19-00
JAN/19	189	JIROS POR ATRASO 05/19-00
DEZ/18	160	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA
NOV/18	169	
OUT/18	137	
SET/18	155	
TARIFA CON TIBERIO:		

MÉS ANO CONSUMO		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	
JUN/19 282		DPVAT	
MAI/19 179		CONTENDO NÃO VERIFICADO	
ABR/19 171			
MAR/19 191			
FEV/19 192			
JAN/19 189			
DEZ/18 160			
NOV/18 169			
OUT/18 137			
SET/18 155			
TARIFA CON TIBERIO:			
8 A 291 - B-72618			

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP 65002-470
Teresina-PI

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-06-2019. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na DEPERA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 35A0.32FA.16FF.D26E.E9F5.A8BA.52E8.0917

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Descrição	53,89	Base de Cálculo	269,97	197,08
Energia	182,60	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão	17,35	Valor do ICMS:		
Encargos	8,49	Valor do PIS:	1,40%	2,77
Telefone	58,44	Valor do COFINS:	6,48%	12,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Último	6,03	12,06	24,12	3,49
Realizado	8,00		0,00	0,00
Conjunto	FLORIANO		Período de Apresentação:	05/2019 SUBS: 112,60

ROT: 93.800.13.15.042300

SEU CÓDIGO

0706265-6

TOTAL A PAGAR - R\$

290,90

ENERGIA

cepisa

MÊS FATURADO

07/2019

VENCTIMENTO

24-07-2019

CNPJ 000748005803000

Nº da Nota Fiscal

024603355

FCAM

83630000002 0 98900017000 3 00000000706 2 26560719008 8



SEQ.: 00127 UF: 0706265-6 DT.LEIT.: 17/07/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 752 NORMAL TOTAL: 290,90 CARGA: 003

DT.VENC.: 24-07-2019 INREG.: 000 COLETOR: 1821



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL F RREIRA, S/N,
MANGUINI 1, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.13.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0626805
Data: 23/03/2019
Funcionário: JOAQUIM
Senha 92 SUS

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Nasc.: 04/07/1984 Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: JOSE MONTEIRO, 4 - Bairro: CAIXA D'AGUA Cidade: FLORIANO/PI
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: LUZIA ALVES DE SOUSA Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 7534 - RICARDO MARTINS

Responsável: MARIA LUZIA ALVES DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X80

Procedimentos

23/03/2019 13:04 - 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

23/03/2019 13:24 - 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

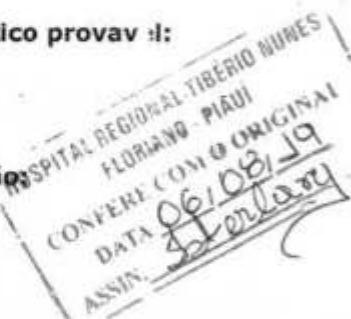
Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: AI IDENTE DE TRANSITO

Exame clinico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT/7348

0408050250/729

0305060400

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	015.558.723-44	Maria Luiza Alves de Araújo	

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:		
Maria Luiza Alves de Araújo	015.558.723-44		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
LAVADEIRA	Rua José Martinho da Silva	43	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	PIAUÍ	PIAUÍ	69800-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): 169 99923 5886		

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:
--

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0638	CONTA: 03.1046994	(Informar o dígito se existir)			
---------------	-------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Autorizo a Seguradora Lider 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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quaisquer perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
ENTE SEGURADORA S.A.
Av. Getúlio Vargas, 465 Loja C
CEP 64002-470
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado-civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Florenópolis 16/08/2019

Maria Luiza Alves de Araújo

Eduardo Alves de Araújo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	015.558.723-44	Maria Luiza Alves de Souza	

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:		
Maria Luiza Alves de Souza	015.558.723-44		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
LAVADEIRA	Rua José Martinho da Silva	43	Casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Florianópolis	SC	89.800-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 1691999135886		

DADOS CADASTRAIS

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 03.1046996

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quântica de 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
L
ENTE SEGURO LIDERADORA S.A.
Av. Beira Mar n° 1000 - Centro - 88040-000 - CEP: 88040-000
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

NAO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
víma ou
Beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Floriano - PI 16/08/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Maria Luiza Alves de Souza*

Eduardo de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



AUTO-ATENDIMENTO - AG FLORIANO

DATA: 28/08/2019

HORA: 16:06:21

TERMINAL: 06381018

CONTROLE: 063810180521

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0638 013.00104699-4

NOME: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 89 99423-5886

NÚMERO DO ENVELOPE: 29319501

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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



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

279 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002196/2019-81

Unidade de Registro: 2º DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: José Mário De Jesus

Data/Hora: 09/08/2019 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

ESTRADA DO AMOLAR, Nº:

Complemento

544663

Data/Hora

23/03/2019 - 09:00

544665(DMMS)

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

RG: 2643369 SSP PI

Mãe: LUZIA ALVES DE ARAUJO

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Endereço: JOSÉ MONTEIRO DA SILVA, Nº 43

Bairro: CAIXA DA AGUA

Cidade: FLORIANO - CEP: 64800-000

Telefone(s): 89-9441-5851 89-9900-1979

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIX2262 9C2JB0100GR204383

Renavam:

1083332136

Cor:

Branca

Condutor: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

End: RUA JOSÉ MONTEIRO DA SILVA Número: 43 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: CAIXA DA AGUA

Proprietário: RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO PELA ESTRADA DO AMOLAR EM DIREÇÃO À COMUNIDADE BARRA DA VEREDA NA MOTOCICLETA CITADA ACIMA, NO DIA E HORA CITADOS ACIMA, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA APÓS BATER EM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A ESTRADA, QUE VEIO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES, QUE PASSOU POR RAIO X E FORA DIAGNOSTICADO FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO, QUE APÓS PASSAR SETE DIAS INTERNADA NO HRTN FOI ENCAMINHADA PARA TERESINA E PASSOU POR CIRURGIA NO HOSPITAL DA UNIMED NAQUELA CIDADE. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

João Ribeiro Da Silva Neto - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Maria Luiza Alves de Araujo
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lançy Kelio Leal Paraíba
Lançy Kelio Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507075

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507075

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190507075

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 00000104699-4

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, retorno 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



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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000104699-4

Nr. da Autenticação A4A60DCFA0EF205A

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190507075**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSÉ MONTEIRO DA SILVA, 43, URBANO - CAIXA D ÁGUA - Floriano - PI - CEP 64800-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2643369**

Data e local do acidente: [**23/03/2019**]

Na estrada do Amolar, na zona rural do município de Floriano (PI).

Data e local do exame: [**14/09/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

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

Apresenta no momento no exame médico, cicatriz com 23,0 cm da coxa esquerda até o joelho esquerdo, região lateral, alteração anatômica com perda de massa muscular na coxa esquerda, encurtamento com marcha claudicante, com rigidez articular no joelho esquerdo, não faz a flexão do joelho esquerdo, com prejuízo da manobra de agachamento, com prejuízo da função do membro inferior esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Fez tratamento médico cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa DCS e sete parafusos, evoluiu sem complicações; refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Maria Lúiza Alves de Araújo
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: LAVADORA
Identidade: 2643.369 CPF: 015.558.723-44
Endereço: Rua José Montaño nº 51 loja 43

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincores,e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT de (**INVALIDEZ PERMANENTE**), podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Flo(PI), 26/7/19
Local e data

1º OFÍCIO

Maria Lúiza Alves de Araújo

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO
José Antônio Rocha Lima - Tabelião
Rua Fernando Marques, nº 160 - Centro - Floriano - PI - CEP 64000-000
Fone/Fax: (085) 3222-0118 - e-mail: cartorio-rocha@bol.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA LÚIZA ALVES DE ARAÚJO, D.OU.FE. EM TEST. Outra DA VERDADE.
FLORIANO-PI, 26/07/2019. Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FIMP: 0,10
Selos: 0,26 Total: 4,98 Selos: ANG. 2607 (F600P66)
Franciane de Souza Ribeiro Neiva
FRANCIANE DE SOUSA RIBEIRO NEIVA-Escrivente compromissa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299555/19

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

CPF: 015.558.723-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO : 015.558.723-44

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: 30/08/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

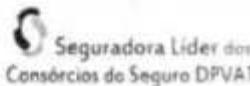
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Danielle Nobre de Sousa

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

- ASL-0299555/19

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

CPF: 015.558.723-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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 médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO : 015.558.723-44

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: 30/08/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190507075 **Cidade:** Floriano
Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 23/03/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

Descrição do exame físico: Apresenta no momento no exame médico, cicatriz com 23,0 cm da coxa esquerda até o joelho esquerdo, região lateral, alteração anatômica com perda de massa muscular na coxa esquerda, encurtamento com marcha claudicante, com rigidez articular no joelho esquerdo, não faz a flexão do joelho esquerdo, com prejuízo da manobra de agachamento, com prejuízo da função do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Fez tratamento médico cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa DCS e sete parafusos, evoluiu sem complicações; refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL F RREIRA, S/N,
MANGUINI A, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.513.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0626805
Data: 23/03/2019
Funcionário: JOAQUIM

Registro: 12426
Hora: 13:04:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 92

CPF: 015.558.723-44 - RG: 2643369/PI - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Nasc.: 04/07/1984 Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: JOSE MONTEIRO, 40 -

Bairro: CAIXA D'AGUA

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: Parda

Telefone: () -

Mãe: LUZIA ALVES DE SOUSA

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 7534 - RICARDO MARTINS

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X80

Responsável: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - O MESMO

CPF: 015.558.723-44 - RG: 2643369/PI - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente X Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: A IDENTIDADE DE TRANSITO

Procedimentos

23/03/2019 13:04 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

23/03/2019 13:24 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Exame clinico/fisic :

Diagnóstico provável:

Medicação:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS/PI
CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA 06/03/19
ANEXO 31/03/19

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

receptor

0408050250/729

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT/7346

0305060400

VERMELHA SUEDE BRAVO



VERMELHA SUEDE BRAVO



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365145
4 - CNES
2365145

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002349744355
10 - NOME DA MÃE
LUZIA ALVES DE SOUSA
12 - ENDEREÇO
JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANÓPOLIS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

DATA DE NASCIMENTO
04/07/1984

8 - N° DO PRONTUÁRIO
12426
9 - SEXO
Mas. Fem.

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9461-4126

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI
16 - CEP
64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Preciso ir para a aérea
medicamentos - que fizeram
Reflexos faciais de infarto

18 - DOWDINGOS QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Deve ser feito ~~ATH~~ DIGITAL

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

~~ATH~~ T039 V294

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0308010043

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

MEDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2019

Dr. CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Ortopedia Traumatologia

CRM: 2572 TEC: 7340

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.623-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

DR. OSMUNDO DE MORAES ANDRADE
CRM: 2572 TEC: 7340
CARIMBO: 078.977.623-87
AUTORIZADOR

76617

2219101199073

MR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

30 AGO 2019

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

6 - N° DO PRONTUÁRIO
12426

7 - DATA DE NASCIMENTO

04/07/1984

8 - SEXO

Fem - X-2

9 - NOME DA MÃE

LUZIA ALVES DE SOUSA

10 - TELEFONE DE CONTATO
(69) 9461-4126

11 - ENDEREÇO

JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANÓ

13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

14 - UF

PI

15 - CEP

64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pecou urin e anal se
medicamentos - perdeu
fazer fezes d. fil

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Develes deve

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

T039 V294

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

~~Ortopedia~~

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0308090043

26 - DOCUMENTO DE REFERÊNCIA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - N.º DE CRIMBO (N.º DO CRM)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISOR

M220390901

45 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

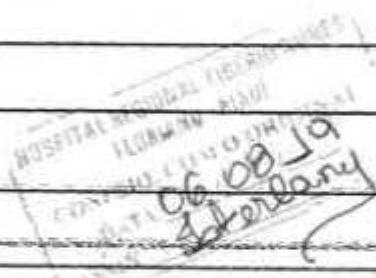
46 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.



Telephone: (091-3322-1454-1088) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1072451 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data: 23/03/2019

Diag. Cirúrgico: _____

Cirurgia:

Descrição da Cirurgia: _____



HOSPITAL REGIONAL TIBERIO RODRIGUES
FLORIANÓPOLIS - PR
CONFECÇÃO ORIGINAL
DATA: 06/08/19
AVULS: *Heriberto*

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista: _____

Anestesia: *Spinal anesthesia*

CAUDAL TRONCULAR

OUTRAS: _____

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade

H.U.F.N

Para:

H.G.U

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Nome da Pessoa Encaminhada

Maria Lúcia Ferreira Farias

Registro

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

Motivo do Encaminhamento

Paciente com lesão de dedo e
necessidade de exames e tratamento
devido ao acidente

Observações:

Dr. Comegundes P. Filho
Ortopedista Traumatologista
CRM: 2572 TECI: 7340

Responsável Pelo Encaminhamento

Obs.: Deve ser arquivada no Centro de
Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou
Regional.

Em: _____ / _____ / _____

Ficha de Retorno

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade

M.H. F. ~

Para:

61. S. U.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Nome da Pessoa Encaminhada

Marcos Henrique Teixeira de Araújo

Registro

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

Motivo do Encaminhamento

*paciente com lesão de audição
após cair e ferir em local de
fim (11.11.11) e perder*

Observações:

*Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 2572 TECIT 7348*

Responsável Pelo Encaminhamento

Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.

Em: _____ / _____ / _____

Ficha de Retorno

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO GOMES
FLORIANÓPOLIS - SC
CONFERENCIA: 06/09/2019
DATA: 06/09/2019
USM: Setor 01

Responsável Pelo
Diagnóstico

Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.

30 AGO 2019

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA		HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 4G - 01AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. TELEXANE 10MG - 01AMP SC 4X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

<i>Ref. Recurso d...</i>				

Dr. Consegundes P. Ribeiro
Ortopedista / Reumatologista
Ortopedista / Reumatologista
CNPJ: 2512 1001-10
CNPJ: 2512 1001-10

PRESCRIÇÃO MÉDIC

Taneida - Resumo

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ELÓBIANO PI**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

NOME <u>Mario Lourenço</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>24/08/2019</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18:00 (06)			Am 06:00h pt Siga em Repouso n/a leito aguardando cirurgia
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18:00 (06)			06:00h tbc Amor
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18:00 (06)			
06. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18:00 (06)			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		18:00 (06)			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA		18:00 (06)			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		18:00 (06)			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		18:00 (06)			
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13. <u>Dr. Lourenço 5000 14 32 17/M</u>		18:00 (06)			

Atendimento: E0168376		INTERNADO	Coletado:	Data: 24/03/2019
Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO			Sexo:	FEMININO
Médico(a): CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO			Idade:	34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS
Convênio: SUS	Leito: EX29 Enfermaria: E01		Impresso:	24/03/2019

HEMOGRAMA

Material:
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,3 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,0 g%	12,0 a 17,5 g%
ATÓCRITO	34,5 %	40 a 52 %
VCM	80,23 u ³	80 a 100 U ³
HCM	25,58 pg	26 a 34 pg
CHCM	31,88 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8.800 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIÉLOCITOS	0 %	0
METAMIÉLOCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	64 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	4 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LEU ⁺ FÓCITOS	30 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
NEUTRÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

PLAQUETAS 237.000 /mm³ 150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL:



CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

OME <u>Marcia Louise Gru</u> IRRESCRICAO MÉDICA <u>24/5/13</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
I. DIETA LIVRE					
; JELCO HIDROLISADO					
; RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	J20	05	05		
; CEFACOTINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS	J20	05	05		
; DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	J20	05	05		
; TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	J20	05	05		
; TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)					
; TELEXANE 400MG - 01 AMP SC 4X/DIA					
; PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)					
; CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
CURATIVO					
SSVW + CCGG					
<i>Terapeuta: Dr. Marcia Louise Gru</i>					
<i>Dr. Consegundes P. Filho</i> Ortopedista CRM: 2572 TELE: 2348					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

NOME <u>Maurice Lemos</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>28/07/15</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE	02. JELCO HIDROLISADO	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
03. RAMDIBINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. THIATH 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CETOXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
<i>Reparar no S2000 UP SE 1212</i>		<i>10/08/15</i>	<i>04</i>		
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 - WEC Centro-Norte CEP: 643002470 Teresina-PI					
<u>Dr. Conceição Filho</u> <u>Ortopedista</u> CRM: 2572 TÉL: 7348					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

NOME <u>Maria Júge</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA <u>29/03/19</u>					
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04.-CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SA)					
06. TILATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/1DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCCG					
<i>Hospital São Vicente de Paulo</i>	<i>JL2</i>	<i>24</i>			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 405 Loja G Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Cláudia Assis dos Santos Set
RESIDENTE E DOMICILIADO À
RUA Floriano - Floriano - PI IDENTIDADE
Nº _____ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSIVEIS RISCOS.

AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MEDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO, ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER À SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ATUAÇÃO HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER À SAÚDE DO PACIENTE.

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: Mário Luiz Alves de Araújo

RESPONSÁVEL: Cláudia Assis dos Santos

TESTEMUNHA: José Antônio Fossato

FLORIANO, 29 DE Agosto DE 2019



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TRAMAL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)				
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<i>Urgência S.oadet (S) 12/12</i>	12	24		

Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



648562

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO Idade: 34 DL-Nascimento: 04/07/1984 02:00:00
CPF: 01555872344 Identidade / RG: 2643369 Sexo: F
Mãe: LUIZA ALVES DE SOUSA Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO Telefone: 94306225
Carteirinha:
Convenio: PLANO ECONOMICO Senha Aut:
Endereço: BARRA DA VEREDA ZONA RURAL Bairro: ZONA RURAL
CEP: 641806580 Cidade: FLORIANO
Validade:
Complemento:
Estado: PIAUÍ

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 648562 Prontuario: 102665 Data: 29/03/2019
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO Usuário: ANETA
Médico: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Procedimento: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO
Unidade de Internação: POSTO 02 Leito: VIRTUAL_P02_02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: CLARA DE ASSIS ALVES ARAUJO SANTO Telefone: 3994358789
Endereço: Bairro: Complemento:

Termo de Responsabilidade

- 1º - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.
- 2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3º - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.
- 4º No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.

Ano
Hospital Unimed - Setor Internação

Maria Luisa Alves Araujo
Cliente / Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

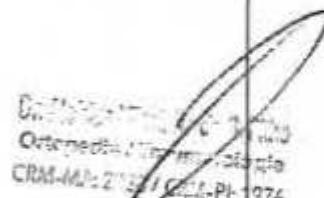
30 AGO 2019

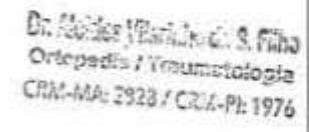
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

<input type="checkbox"/> MUDANÇA PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE	
<input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> DIARIA ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES	
<input type="checkbox"/> VACINA ANTI-Rh	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	
<input type="checkbox"/> OUTROS CLEXANE 40	<input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERCAÇÃO -	DIAS SOLICITADO

NOME DO HOSPITAL	HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA		C.N.P.J 6555031000276
NOME DO PACIENTE	MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO		COD. DE ATENDIMENTO 648562
PROCEDIMENTO SOLICITADO	30725127		PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA
MEDICO SOLICITANTE	ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO	CRM 1976	CPF 23953837320
DATA DA INTERNACAO	29/03/2019	CONVÊNIO	PLANO ECONÔMICO

JUSTIFICATIVA: PREVENÇÃO DE TROMBOEMFOLISMO	
DATA:	Ass. Médico Solicitante

AUDITOR: ()	
DATA:	Assinatura CPF



Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico :

Aviso de Cirurgia : 36690

Sala : 0020

Paciente : 138668

Convênio Atend.: 496

Leito : 0557

Dt. Início : 29/03/2019 13:35 Dt. Fim: 29/03/2019 14:52

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO

Código da Descrição: 31041

Atendimento: 648562

Carteira:

Idade : 34 Anos 8 Meses 25 Dias

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento		Convênio	Plano
30725127	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	496	PLANO ECONOMICO
<u>Equipe</u>			
CIRURGIAO		1976 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO	
ANESTESISTA		4214 DENISE SOARES VALENTE	

Descrição

Detalhamento

- 1-PACIENTE EM DDH
- 2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3-COLOCAÇÃO DE FAIXA SMACH AO NIVEL DA COCA E
- 4-COLOCAÇÃO DE FIO GUIA
- 5-FEITO FREZAGEM
- 6-COLOCAÇÃO DE PREGO 80 MM
- 7-FEIRO REDUÇÃO
- 8-COLOCAÇÃO DE PLACA 6 FUROS TIPO DCS 90
- 9-COLOCAÇÃO DE DRENO 4.8
- 10 FECHAMENTO POR PLANOS
- 11-SUTURA DA PELE + CURATIVO

Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho
Ortopedista / Traumatologista
CRM-MT: 2326 / C.R.C-PE: 5776



MEDICO(A):

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

CRM:

1976



FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 648562

Convenio: PLANO ECONOMICO

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

IDADE: 34 Anos 8 Meses 25

SEXO: Feminino

PESO:

A.S.A.: I II III IV V

Atendimento: Dias Elet Urg. Emerg.

Cirurgia: FRATURA DE FEMUR

Anestesista: DENISE SOARES VALENTE

CRM: CRM: 4214

Início da anestesia: 13:00

Fim da anestesia: 15:00

Monitorização:

SAT02%	99	99	99								
PET CO2											
MP											
BIS											

Gases:

SELEÇÃO						
SELEÇÃO						
SELEÇÃO						

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Líquidos Administrados:

SF 0.9% 500 ML	500	500									
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											

Técnica
Anestésica

RAQUEANESTESIA; ASSEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR C AGULHA QUINCKE 26G AO NIVEL DE L3/L4,
OBSERVADA SAÍDA DE LCR TRANSPARENTE, INJETADO BUPIVACAINA 15MG + MORFINA 80MCG
SEDAÇÃO; FENTANIL 150MCG + MIDAZOLAM 5MG + KETAMINA 50MG IV

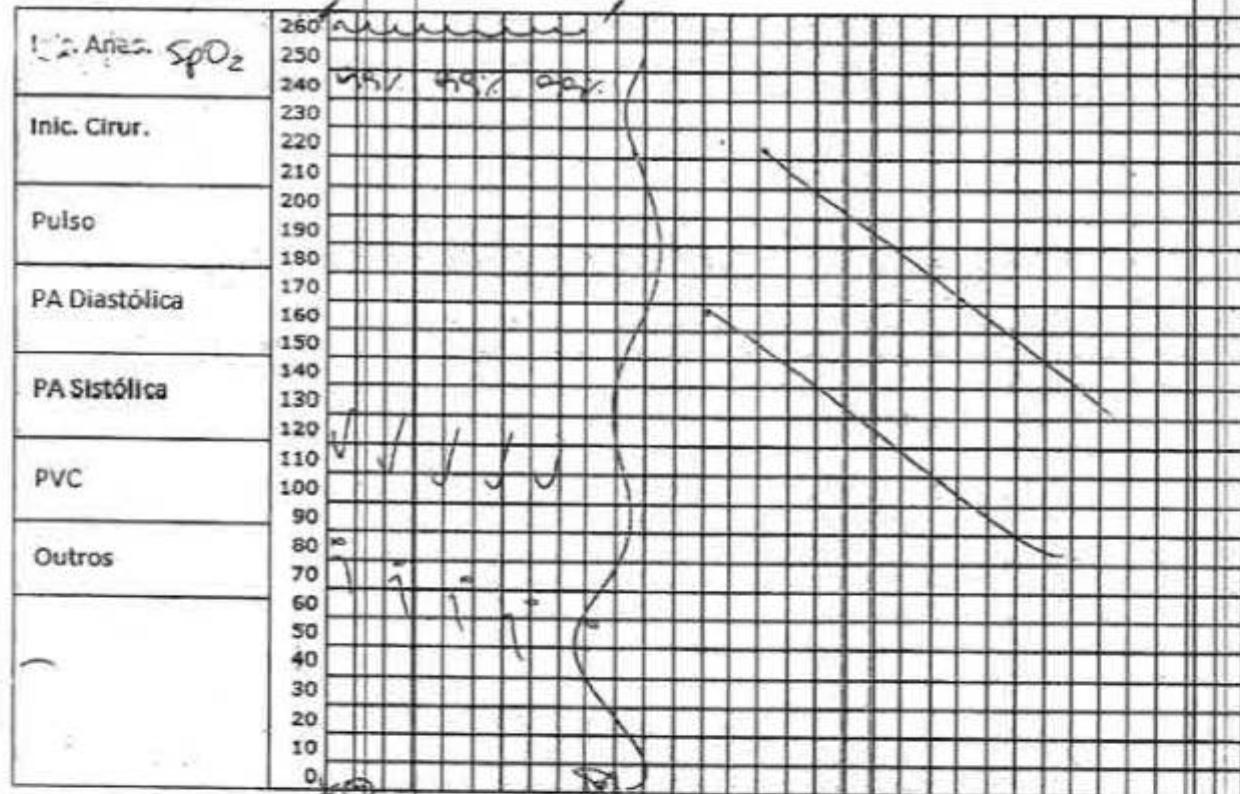
Intercorrências :

Dra. Denise Valente
Dra. Denise Valente
Anestesiologista
CRMPI 4214

DÉPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2013

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



Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose
<input type="checkbox"/> Adrenalina			<input type="checkbox"/> Dopamina			<input type="checkbox"/> Novabupi		
<input type="checkbox"/> Áqua Dest. 10ml			<input type="checkbox"/> Dormonid 15mg	01		<input type="checkbox"/> Nubain		
<input type="checkbox"/> Amicacina			<input type="checkbox"/> Droperidol			<input type="checkbox"/> Octocaina		
<input type="checkbox"/> Aminofilina			<input type="checkbox"/> Efedrina			<input type="checkbox"/> Omeprazol		
<input type="checkbox"/> Ancoron			<input type="checkbox"/> Efortil			<input type="checkbox"/> Ondasetrona	01	
<input type="checkbox"/> Aramin			<input type="checkbox"/> Esmeron			<input type="checkbox"/> Pancuronio		
<input type="checkbox"/> Atropina			<input type="checkbox"/> Etomidato			<input type="checkbox"/> Profenid		
<input type="checkbox"/> Bextra 40mg	01		<input type="checkbox"/> Fentanil	01		<input type="checkbox"/> Propofol		
<input type="checkbox"/> Bicarbonato Sódio 8,4%			<input type="checkbox"/> Fentanil(s/conserv.)	01		<input type="checkbox"/> Protamina		
<input type="checkbox"/> Bromoprida			<input type="checkbox"/> Flumazenil			<input type="checkbox"/> Quelicin		
<input type="checkbox"/> Buscopan			<input type="checkbox"/> Furosemida			<input type="checkbox"/> Quetamina		
<input type="checkbox"/> Cefazolina 1gr	02		<input type="checkbox"/> GI. Cálcio			<input type="checkbox"/> Ranitidina		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifantani		
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 200mg			<input type="checkbox"/> Heparina			<input type="checkbox"/> Ropivacaína		
<input type="checkbox"/> Cisatracurium			<input type="checkbox"/> Hidrocortisona			<input type="checkbox"/> Sevoflurano		
<input type="checkbox"/> Clexane			<input type="checkbox"/> Isoflurano			<input type="checkbox"/> Sufentanil		
<input type="checkbox"/> Clor. de Sódio			<input type="checkbox"/> Lidocaína % v			<input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio		
<input type="checkbox"/> Clonidin			<input type="checkbox"/> Metoclopramida			<input type="checkbox"/> Tilatil		
<input type="checkbox"/> Dexametasone 10mg	01		<input type="checkbox"/> Metronidazol			<input type="checkbox"/> Tracrium		
<input type="checkbox"/> Diazepam 10mg			<input type="checkbox"/> Narcan			<input type="checkbox"/> Tramal		
<input type="checkbox"/> Dimorf 0,2 mg	01		<input type="checkbox"/> Neocaína % v			<input type="checkbox"/> Transamin		
<input type="checkbox"/> Dipirona	02		<input type="checkbox"/> Neocaína 0,5% PESADA 01			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina			<input type="checkbox"/>		

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GEME SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Oliveira, 165 conj C
Cidade Nova CEP: 64.002-470
Teresina-PI

**SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

DATA: 29-03-2019 15:20
CONVÉNIO: PLANO ECONÔMICO
PRONTUÁRIO: 138668
ATENDIMENTO: 548562

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO	Leito / Apto: APT_69	Inicio:
Cirurgia: FRATURA DE FEMUR E	Anestesia: RAQUE+SEDAÇÃO	Término:
Admissão: 29/03/2019	Hora: 15:10	
PCT ADMITIDA NA SRPA, EM POI DE CIRURGIA CITADA A CIMA, SOB ANESTESIA RAQUE+SEDACAO, SONOLETA, SSVV NORMAL, SEM APORTE DE O ₂ , EM HV, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, COM DRENO SUCTOR NA FO, SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.		

Vias Aéreas	Gases O ₂	l/min	Alergias
<input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Cânula Guedel	Ligado		
<input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/>	Desligado		
<input type="checkbox"/> Máscara			

Sinais Vitais						
Horário	PA	P	F.R.	T	SpO2	Diurese
15:10	132X71			36	99	

		Sinais Vitais			Soma
		Soros	Sangue		
Ganhos (G)					
Perdas (P)					
Balanço (G.P) =					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 495 Log/C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES

Conselho / Número COREN - PI - 1634151

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Hora anotação: 15:17

Responsável: CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES

Leito: APARTAMENTO_69

12:50HS - PACIENTE ADMITIDO NA S.O. PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, PELO DR. ALCIDES, VEIO ROCEDENTE DA URGENCIA, COM EXAMES LABORATORIAIS, NEGA HAS, DIABETES, E ALERGIA MEDICAMENTOSA, VEIO COM ACESSO PERIFERICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO.
 13:00HS -REALIZADO MONITORIZAÇÃO. PCT SUBMETIDA A ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO. SEGE SEM INTERCORRENCIAS.
 13:25HS -ADMINISTRADO: 02 FRASCOS DE CEFAZOLINA, 02 AMPOLAS DE DIPIRONA, 01 AMPOLA DE DEXAMETASONA,01 FRASCO DE BEXTRA, 01 AMPOLA DE ONDANSETRONA, PELA ANESTESISTA.
 15:10HS -PACIENTE ENCAMINHADA PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA COM AVP FUNCIONANTE, PRONTUARIO, DRENO SUCTOR, FOLHA DE DESCRIÇÃO E PRESCRIÇÃO CIRURGICA, PEDIDO DE RX, FOLHA CONSUMO DE SALA, COMANDA DA SPINE. SEGURO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



Carla Karine
CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES
COREN 1634151

Paciente...: 138663 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Pré-odonto.: 890038 Data: 29/03/2019 10:00
Atendimento: 548562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação.: 29/03/2019 08:56 0 Dias(s) Int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Ml.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid....: S729 FRAT DO FEMUR PARTE NE Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: EDUARDO ANTONIO AYREMORAES BATISTA - CRM - PI - 3444
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

69

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

DIETA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO					ACM	
MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	ACM	69
3 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML -2ML (")A2 > SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
4 DIMENIDRINATO B6-DL SOL. INJ.50MG- 10ML > AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12	1	AMPOLA		IV	ACM	
5 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG -2ML > KIT EV 10ML	1	AMPOLA	IV	12/12 H	[29/03] 10 .22 [30/03] .10	
6 CUIDADOS GERAIS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
VERIFICAR SINAIS VITAIS	5/6 H					[29/03] 10 .16 .22 [30/03] .04 .10
MEDICINA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 GLICEMIA CAPILAR Justificativa: DIETA ZERO > FITA P/ GLICEMIA CAPILAR > LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND			ACM	V 69
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI						
Edward Antonio Batista Cardiologista Clínica CRM-PI 3444 EDUARDO ANTONIO AYREMORAES BATISTA CRM 3444						

Paciente: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses 25 Dias

Data de Nascimento: 04/07/1984

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Atendimento: 643562

Leito: APARTAMENTO 169

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONÔMICO

Plano: PLANO ECONÔMICO

EVOLUÇÃO: 890477 (FECHADO)

Responsável: ANDRESSA RODRIGUES TAVARES - COREN 454220

Data de Referência:

29/03/2019

Data/Hora do Documento:

29/03/2019 15:29

Paciente admitida na SRPA em POI de Correção de Fratura de Femur a Esquerdo, Dr Alcides Vilarinho, sob efeito de anestesia raque + sedação. Chegou consciente, orientada, sonolenta, AVP pervio em MSE pérvio. Segue normotensiva, normotérmica, eupneica, respirando espontaneamente sem aperto de O2, com bom padrão respiratório e oximetria de pulso (Sat 99%). Dieta branda quando ausente efeito anestésico. Diurese espontânea, ainda ausente. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Em esquema profilático de Cefazolina. MIE enfaixado, com presença de dreno de sucção. RX de controle. Segue aos cuidados de enfermagem.

Andressa Rodrigues
COREN 454220
ANDRESSA RODRIGUES TAVARES
COREN - PI - 454220

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPWAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
 Prescrição.: 890437 Data: 29/03/2019 14:57
 Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 6m 25d)
 Convênio...: PLANO ECONOMICO
 Internação.: 29/03/2019 08:56 0 Dias(s) int
 Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976
 FUNÇÃO: MEDICO(A)
 Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
 Cld....: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1ª VIA

69

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 DIETA BRANDA					6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 SORO FISIOLÓGICO 1000ML	1	LITRO		IV	CONTÍNUA	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
10 TILATIL PO SOL. INJ. 20MG	1	FA		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 [30/03] 02:57
11 TRAMADOL SOL. INJ. 50MG/ML 5ML	1	ML		IV	6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
12 ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML 5ML	1	MG		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 [30/03] 02:57
13 DOPRIFLON SOL. INJ. 1G/ML		AMPOLA			6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
14 ENOXAPARINA SOL. INJ. SER 40MG - 0,4ML	1	SRG		SC	1 X AO DIA	[29/03] 14:57 [30/03] 02:57
Justificativa: PREVENÇÃO TROMBOEMBOLISMO						
15 OCTOPROTEÍNA (FISGOLIN) 10MG/ML 2ML		AMPOLA				
Justificativa: POS OPERATORIO FRATURA DO FEMUR E						
16 (D1/2) CEFAZOLINA PO SOL. INJ. 1G	1	G		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 [30/03] 02:57
Justificativa: POS OPERATORIO FRATURA FEMUR E						

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	DEPARTAMENTO DE SINISTRO	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
20:00 29/03/19 <i>instruções</i>			DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
			30 AGO 2019				
			GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI				



L556509A
 F04/2018
 V04/2020

Versa®
 impressora térmica
 0800-70-30-30
 VersaPrint®

D. *... 11/2019*
 Ortoped... *... 11/2019*
 CRM-PI: 2328 / CIMA-PL 1976

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição.: 890541 Data: 29/03/2019 16:18
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convênio.: PLANO ECONOMICO
Internação.: 29/03/2019 08:56 0 Dias(s) Int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Inl.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.....: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE - CRM - PI - 883
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1^a VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qty	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
18 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) : Exame: 155776						S/ DATA 29/03/2019 Prescrição 890541



SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE
CRM 883



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Idade: 34 Anos 8 Meses

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Leito Atual: APT_69

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Setor: POSTO 5

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Hora anotação: 18:22

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Leito: APARTAMENTO_69

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGÊNCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE MURILLO NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFÉRICO COM JELOU 20 + POLIFIXO, COM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLOGICO CPM; SSVV ESTAVEIS;

T- 36,6° : SAT- 99% FC- 91 FR- 18 PA- 110 X 70

11:00 - REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 107mg/dl CPM;

12:00 - PACIENTE ENCAMINHADA PARA C.C; COM EXAMES;

18:15 - PACIENTE RETORNOU DO C.C, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, AFEBRIL, EM H.V, DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, COM DRENO SUCTOR FUNCIONANTE, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (TRAMAL) CPM, SEGUÊ EM REPOUSO NO LEITO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM; SSVV ESTAVEIS;

T- 37° : SAT - 98% FC- 108 FR- 18 PA- 110 X 80




ANA CAROLINE DE SOUSA

COREN 1019887

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses

Data de Nascimento: 04/07/1984

Leito Atual: APT_69

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA

Conselho / Número COREN - PI - 001069774

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/03/2019

Hora anotação: 03:10

Data anotação: 30/03/2019

Responsável: LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO

Leito: APARTAMENTO_69

19:00 29/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em POI DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, fásica, com HVP FUNCIONANTE, com antibioticoterapia, respirando em ar ambiente, DIETA BRANDA com boa aceitação, diurese presente espontânea, nega alergia medicamentosa, HAS e DM, curativo em F.O com aspecto limpo e seco (COM DRENO DE SUCÇÃO FUNCIONANTE), administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

00:00 30/03/2019 Verificado ssvv.

05:50 30/03/2019 Paciente recebe visita médica, logo em seguida alta médica após 08h, aguarda RETIRADA DE DRENO DE SUCÇÃO + CURATIVO, retirada de AVP e liberação no sistema.

06:00 30/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em 1º PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, com HVP FUNCIONANTE, DIETA BRANDA com boa aceitação, administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica. Segue sem alterações, sem queixas algícas, em repouso no leito aos cuidados da enfermagem.



Louhanny Roberta Lemos M. Ribeiro

Técnica em Enfermagem

Louhanny Roberta Lemos M. Ribeiro

LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO

COREN 001069774

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Idade: 34 Anos 8 Meses

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Leito Atual: APT_69

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Setor: POSTO 5

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Hora anotação: 11:56

Data anotação: 29/03/2019

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Leito: APARTAMENTO_69

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGÊNCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE FEMUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFÉRICO COM JELCO 20 + POLIFIXO ESTAVEIS;

T- 36.6° SAT- 99% FC- 91

FR- 18

PA- 110 X 70

11:00 - REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 107mg/dl CPM;

12:00 - PACIENTE ENCAMINHADA PARA C.C. COM EXAMES;

Ana Caroline

ANA CAROLINE DE SOUSA

COREN 1019887

Encaminhamento ao Centro Cirúrgico/Hemodinâmica



Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
 Atendimento: 648562
 Posto / Apartamento: POSTO 05-APT_69
 Nome do Cirurgião: Alcides
 Data Atual: 29/03/2019 10:11

Encaminhamento do Paciente para o Centro cirúrgico

Data e hora programada para cirurgia: 29/03/2019 Às 12:00

Procedimento Programado: Fraturas do femur

Alergias: Não Sim, Quais:

Jejum a partir das: 18:40 hora do dia 28/03/19

Para cirurgia cardíaca -> Realizado higienização pré-operatória + tricotomia + higiene oral:

Não Sim, Hora:

Checklist Pré-operatório

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificado identificação do paciente
<input checked="" type="checkbox"/> Realizado anamnese e exame físico com registro.*
<input type="checkbox"/> Verificado reserva de sangue e vaga de UTI.
<input type="checkbox"/> Comunicado precaução de contato ou respiratório ao centro cirúrgico se existente.
<input type="checkbox"/> Conferido exames complementares e imagens que deverão ser enviados.
<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento Cirúrgico assinado pelo paciente e cirurgião.
<input type="checkbox"/> Avaliação pré-anestésica. | <input type="checkbox"/> Conferido acesso venoso periférico pérvio.*
<input type="checkbox"/> Verificado sinais vitais e registrado no prontuário.*
<input checked="" type="checkbox"/> Conferido a retirada de adornos, próteses e esmalte de cor escura |
|--|---|
- *Para pacientes externos essa etapa será realizada no centro cirúrgico.

Paciente encaminhado para o Centro cirúrgico às

Hora.

Bruma Lira
BRUNA LIRA SANTOS

COREN:

DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 OENTE SEGURADORA S.A. Rua Caetano de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
--

Encaminhamento do paciente dos postos para o CC:

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Hora: 12:37

Tricotomia: Sim NãoJejum: Sim NãoHigienização: Sim NãoAntibioticoprofilaxia: Sim Não

Peso: 66

Admissão no centro cirúrgico

Confirmado identificação

Sim Não

Confirmado procedimento previsto

Sim Qual? Não soube informarInformou correto

Consentimento livre esclarecido assinado

Sim Não

Confirmado sítio cirúrgico

Sim Não

Confirmado lateraldade

Direito Esquerdo Bilateral Não se aplica

Confirmado alergia conhecida

Sim Não

Confirmado tempo de jejum

Sim Não Não se aplica

Confirmado exames necessários ao procedimento

Sim Não

Retirados adomos e próteses

Sim Não Não se aplica

Responsável: RÔMULO - 19H -NEGATD

Antes da Indução anestésica (SIGN IN)

Confirmado identificação do paciente

Sim Não

Confirmado procedimento

Sim Não

Sítio demarcado

Sim Não

Aparelho de anestesia testado e funcionante

Sim Não

Monitorização testada e funcionante

Sim Não

Alergia conhecida

Sim Qual? Não

Via aérea difícil

Sim Não

Risco de perda sanguínea considerável > 500ml (7ml / Kg em crianças)

Sim Não

Confirmado materiais, instrumentais e equipamentos

Sim Não

Confirmado esterilização de materiais necessários

Sim Não

Reserva de hemoderivados

Sim Não

Conferidos Compressas

Sim Não

Conferido Gases

Sim Não

Responsável:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

Paciente: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses 26 Dias

Data de Nascimento: 04/07/1984

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 648562

Leito: APARTAMENTO_69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONOMICO

Piano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 890916 (FECHADO)

Responsável: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976 / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

30/03/2019

Data/Hora do Documento:

30/03/2019 05:50

1 PO

SEM INTERCORRENCIAS
ALTA HOOSPITALAR

Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1976 / C.R.P.E 1976

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses

Data de Nascimento: 04/07/1984

Leito Atual: APT_69

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Conselho / Número COREN - PI - 001093148

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/03/2019

Data anotação: 30/03/2019

Hora anotação: 07:26

Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Leito: APARTAMENTO_69

07:00 30/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em 1º PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, fática, com HVP FUNCIONANTE, com antibioticoterapia, respirando em ar ambiente, DIETA BRANDA com boa aceitação, diurese FUNCIONANTE), administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

RECEBE PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR

RETIRADO DRENO

RETIRADO ACESSO

REALIZADO CURATIVO EM F.O

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

COREN 001093148

Paciente...: 138866 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição.: 890914 Data: 30/03/2019 14:00
Ateridamento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convenio...: PLANO ECONÔMICO
Internação.: 29/03/2019 08:56 1 Dias(s) int.
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO_69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Hora
1 RETIRADA DRENO SUCCAO					1 X AO DIA	[30/03] <i>Alcides</i>
Justificativa: ALTA HOSPITALAR						
2 CURATIVO					1 X AO DIA	[30/03] <i>Alcides</i>
Justificativa: ALTA HOSPITALAR						

Dr. Alcides Marinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2928 / CRM-PI: 1976

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/03/2019 05:52:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARIA LUIZA ALVES DE
ARAUJO

RG: 2643369

PESO:

IDADE: 34 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 04/07/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 29/03/2019 08:58:52

ATENDIMENTO: 648562

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVENIO: PLANO ECONOMICO

PLANO: PLANO ECONOMICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S724 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDARIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S729 - FRAT DO FEMUR PARTE NE

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S724 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

29-03-2019 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO)

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFAZOLINA PO SOL. INJ. 1G

29/03/2019

29/03/2019

TRATAMENTO TERAPÉUTICO

PRESTADOR: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

EVOLUÇÃO

1 PO

SEM INTERCORRENCIAS

ALTA HOSPITALAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: 1 PO

SEM INTERCORRENCIAS
RETIRAR DRENO SUCCAO
CURATIVO

ALTA HOSPITALAR AS 10 HS APOS MEDICAÇÃO DE HORARIO



ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

CRM-1976

