

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603913220
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01083332136 B.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME PAIMUNA VIEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ 98887009368 PLACA PIX-2262

CHASSI 9C2JB0100GR204383

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/ENFIMAR COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110T ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 24/01/2019

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

ADMINISTRADORA DE CONSUMO HONDA

FLORIANO LOCAL DATA 24/01/2019

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

PI Nº 013603913220 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/01/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 98887009368 PLACA PIX-2262

RENAVAM 01083332136 MARCA/MODELO HONDA/POP 110T

ANO FAB. 2016 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JB0100GR204383

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 000,00 DENATRA (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 084,58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.505/0001-04



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.643.369 DATA DE EMISSÃO 03/12/10

NOME MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

FILIAÇÃO

LUZIA ALVES DE SOUSA
FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

FLORIANO-PI 04/07/1984

DOC. ORDEM

CERT. NASC. 22967 L A126 F 72

EXP FLORIANO-PI 27/08/90

TERESINA - PI

015.558.723-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 89.250/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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
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

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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.131/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO 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 ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.558.723, 44,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
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>TIBARÁ</u>	Cidade: <u>FLORIPAVO</u>	CEP: <u>64800-000</u>
E-mail: _____	UF: <u>PI</u>	Tel. (DDD): <u>(89) 99423 5886</u>

Local e Data: FLORIPAVO - PI 16/08/2019

Edmar Almeida
Assinatura do Declarante

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



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

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA (DE: RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. Quin DA VERDADE. FLORIANO-PI, 26/07/2019. Emol.: 3,85 TJSJ: 77 FMP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: ABS. 2610 (F600P6P)
Silene Souza de Sousa
Silene Linza de Sousa Escrivente compromissada



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

ROT: 93.800.13.15.042300

TABLE 2. TEMPERATURES:
 24-291-252310

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-09-2019. O raso pagamento poderá encerrar também a inclusão do nome do consumidor na CEPIS. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este valor.
06/2019	276,13	

LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA O PCAO 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\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	53,89
Energia:	182,60
Transmissão:	17,35
Encargos:	8,49
Teléfono:	58,44
Bases de Cálculo:	269,97
Alíquota (CMS):	27,00%
Valor do CMS:	72,89
Valor do PIS:	1,40%
Valor do COFINS:	2,77
	6,48%
	12,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE								0,48%	12,78
	DIC			FIC			DMIC	DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54		
Decorado	3,00			0,00			0,00		
Conjunta	FLORIANO						Período de apuração:	05/2019	ELSD: 112,60

ROT: 93.800.13.15.042300

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
------------	---------------------

0706265-6 290.90

MES SATURADO VENCIMIENTO

07/2019 24-07-2019

Nº da Nota Fiscal 024683355 ECAM

83630000002 0 90900017000 3 00000000706 2 26560719008 8



SEQ.: 00177 UN: 0706265-6 DT-LEIT.: 17/07/2019 T-ENTR.: 04
LEITURA: 752 NORMAL TOTAL: 290,90 CARGA: 003
DT-VERC.: 24-07-2019 INREG.: 000 COLETOR: 1821



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL F. RREIRA, S/N,
MANGUINI A, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.133.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

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

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

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

Responsavel: MARIA LUIZA 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: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 06/08/19
ASSIN: [assinatura]

*paciente vítima de
acidente de trânsito
apresenta ferimentos
feitos no corpo*

R/ Suspeita ferimento

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

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

Referência

0408050250/729

0301060400

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

Nº da Nota Fiscal 021179908

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2019	09/05/2019	44	32,61

PEDRO RODRIGUES DOS SANTOS
R. JOSE MONTEIRO DA SILVA 43 S/C B-URBANO
CPF: 00037281267304
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 83.800.03.05.068300

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	15620	Atual:	02/05/2019
Anterior:	15576	Anterior:	01/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	03/06/2019
Consumo Medido:	44	Emissão:	01/05/2019
Consumo Faturado:	44	Apresentação:	02/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Data de Consumo:	31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1103139		1.1.1.1	85

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
ABR/19 68	CONSUMO 44 A R\$ 0,668789 =	29,42
MAR/19 60	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,10
FEV/19 62	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	0,45
JAN/19 62	MULTA POR ATRASO 03/19-00	1,04
DEZ/18 85	JUROS POR ATRASO 03/19-00	0,60
NOV/18 95	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,02	
OUT/18 101		
SET/18 2		
AGO/18 37		
JUL/18 137		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 44 - 0,615955		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17/05/2017. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
04/2019	63,70	
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVADO AO FISCO 5E13.8A0D.9BD1.F17B.89D5.A4F1.947B.DA2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 7,94	Base de Cálculo: 29,42
Energia: 15,32	Alíquota ICMS:
Transmissão: 2,59	Valor do ICMS:
Encargos: 1,26	Valor do PIS: 1,40% 0,41
Tributos: 2,31	Valor do COFINS: 6,49% 1,90

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DIC	FIC	OPIC	ENCR
	Normal	Intermittent	Normal	Normal
Leitura	6,03	12,06	24,12	3,49
Realidade	0,00	0,00	0,00	0,00
Consumo	FLORIANO	Período de operação:	03/2019	US\$ 20,93

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.558.723-44 4 - Nome completo da vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO 6 - CPF: 015.558.723-44
7 - Profissão: LAVANDORA 8 - Endereço: RUA JOSE MONTEIRO DO SILVA 9 - Número: 43 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: FLORESTA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64800-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 1691994235886

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ 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) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 013.1046994 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 quitação de indenização por invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia conciliação com a Seguradora Líder.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Moraes, 465 Loja C
Goiânia - GO, CEP: 74002-470
Piresina-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 teve filhos? ☐ 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.

34 - Imprensa 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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORESTA-PI 16/08/2019

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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

h



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002196/2019-81

Unidade de Registro: 2ª 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

544665(DAMS)

Data/Hora

23/03/2019 - 09:00

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



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa:

2016 PIX2262

Chassi:

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 FÊMUR 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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.331-7

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

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

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, 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



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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: LAUNDORA
Identidade: 2.643.369 CPF: 015.558.723-44
Endereço: RUA JOSE MONTANHO DA SILVA 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 Líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincorés, 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.

Fló(PI), 26/7/19
Local e data



Maria Luiza Alves de Araujo

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO
Jordane Rocha Lima - Titular
Rua Fernando Montez, nº 404 - Centro - Floriano - PI - CEP: 64.000-000
Fone: (85) 3522-1118 - e-mail: cartorio@rocha.adv.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO, DOU FE. EM TEST. Alcides DA VERDE.
FLORIANO-PI, 26/07/2019. - Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMP: 0,10
Selo: 0,26 Total: 4,98 Selo: AIS. 2607 (F600P66)
Franciane de Sousa Ribeiro Netiva
FRANCIANE DE SOUSA RIBEIRO NETIVA - Escrevente compromissada



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

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190507075

Cidade: Florianópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/03/2019

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 FERREIRA, S/N,
MANGUINI, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.133.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

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

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

Senha 92

SUS

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800

End.: JOSE MONTEIRO, 4 -

Bairro: CAIXA D'AGUA

Cidade: FLORIANO/PI

Paí: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: LUIZA ALVES DE SOUSA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 7534 - RICARDO MARTINS

Responsavel: MARIA LUIZA 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: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clínico/físico:

Diagnostico provável:

Medicação:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 06/08/19
ANEXO 2

paciente em fratura de
antebraço e fêmur
apresentando fraturas
fechadas do fêmur

R/ fratura fechada de

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

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

Referência

0408050259/729

0305060500

MARIA LUZ ALVES DE ARAUJO

344 (1907)



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
2385145

4 - CNES
2385145

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002349744355

10 - NOME DA MÃE
LUIZA ALVES DE SOUSA

12 - ENDEREÇO
JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

6 - DATA DE NASCIMENTO
04/07/1984

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
12426

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9461-4126

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI

16 - CEP
64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente vítima de acidente
respiratório - queixa
de dor no tórax*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Dor de

AIH NUMERADA
AIH DIGITADA

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

Exames de

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS AGUDAS

T039 V294

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0308010043

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA MEDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 33689413387

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23/03/2019

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2572 RQE 7348

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº 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
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Osman de Moraes Andrade
CRM 2572 RQE 7348
AUTORIZADOR

76617

2219101199073

NR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 505 Lda C
Cidade Nova CEP: 64.002-470
Teresina-PI

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA LUÍZA ALVES DE ARAÚJO
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
12426
7 - DATA DE NASCIMENTO
04/07/1984
8 - SEXO
F
9 - TELEFONE DE CONTATO
(69) 9401-4120
10 - NOME DA MÃE
LUÍZA ALVES DE SOUSA
11 - ENDEREÇO
JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'ÁGUA
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO
13 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2203909
14 - UF
PI
15 - CEP
64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

lesões de fratura e entorse
hombro direito - fratura
fratura fêmur d. f.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Doenças de

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

Doenças de

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

T039 V294

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0308010043

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2019

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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. ÓRGÃO EMISSOR

M220390901

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº 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.

Data/Hora

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

HOSPITAL REGIONAL TERESINENSE
ILIAMAR ALBU
CONTINÚO C/100 ORIGINAL
06.08.19
B. B. B. B.

BOLETIM CIRURGICO

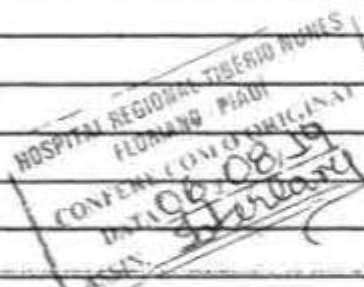
1072451 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data: 23/03/2019

Diag. Cirúrgico: _____

Cirurgia: _____

Descrição da Cirurgia: _____



Cirurgião: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí.

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade H.U.F.N

Para:

H. G. U

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Nome da Pessoa Encaminhada

Maria Leiza Azevedo de Azevedo

Registro

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

Motivo do Encaminhamento

Para tratamento de acidente
no local de trabalho de acordo com
o relatório médico

Observações:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DATA: 30/08/2019
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 - RCO: 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:

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade

M.H.F.N

Para:

L.S.V.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Nome da Pessoa Encaminhada

Marcos Vinícius Jesus de Aguiar

Registro

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

Motivo do Encaminhamento

Exame de laboratório de audição
apresentando perda auditiva
focais bilateral e progressiva

Observações:

Dr. Consegundes P Filho
Otorrinolaringologista
CRM: 2572 - FORT. 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:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MINEIRO
FLORIANÓPOLIS - PIAUL
CONF. COM OCMIC 19
DATA 06/08/19
Assinatura

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

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

Prof. Frederico de Azevedo

NOME Wesley Hugo dos Santos

ALFA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENF. OU APT.

LEITO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ORTOPEDIA

DATA 23/03/19

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. ~~CETACLOTTINA 1G - 01 AMP 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 SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. ~~CLEXANE 400MG - 01 AMP 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. SSV + CCGG

Flaviana Santos

Dr. Consegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
Crm: 2512 REG. 7348

CONVÊNIO ORIGINAL
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI
DATA: 03/08/19
ASSINATURA: [Assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Camêda - Regenera

PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
<div> <div> <div>ORA 30</div> <div> <div>Prescrição Médica</div> <div> <div>25/7/19</div> <div>h Diefe Verre</div> <div>a galeto licaualo</div> <div>a Dipteeer 1 ar 10 8/11 8/11</div> <div>a Filacta - 205 10 12/12 12/12</div> <div>a Mepanua 1000 v5 10 12/12 12/12</div> <div>a 1000</div> </div> </div> <div> <div>Dr. Conquistes P. Filho</div> <div>Ortopedia Traumatologia</div> <div>CRM: 25172 TEOT: 7348</div> </div> </div> </div>						<div> <div>medicação do 1º e 2º</div> <div>Luciene Sousa</div> <div>CRM: 123456 - TE</div> </div>
<div> <div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</div> <div>DPVAT</div> <div>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div> </div>		<div> <div>30 AGO 2019</div> <div>GENTE SEGURODORA S.A.</div> <div>Rua Coelho de Figueiredo, 400 - Lapa C</div> <div>Centro - Norte CEP: 64.002-470</div> <div>Teresina-PI</div> </div>				

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

NOME <u>João Loureiro</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
- PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>28/05/18</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP 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 SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GLEAXANE 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					
13 - Depressão 5000 14 52 12/12					

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

Atendimento: E0168376



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/03/2019

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Médico(a): CONEQUDES PEREIRA DA SILVA FILHO

Convênio: SUS

Leito: EX29 Enfermaria: E01

Sexo: FEMININO

Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS

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
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	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
L ¹ ÍFÓCITOS	30 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ÍFÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

PLAQUETAS	237.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL
-----------	--------------------------	-----------------------

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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

OME <u>Marcos Antônio Gus</u>	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ATA <u>24/5/13</u>					
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO HIDROLISADO					
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>28/08</u>	<u>06</u>			
4. CEFOTRÍAX 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>28/08</u>	<u>06</u>			
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>28/08</u>	<u>06</u>			
6. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>28/08</u>	<u>06</u>			
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<u>28/08</u>	<u>06</u>			
8. GLEKANE 40MG - 01 AMP 30-1X/DIA					
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
CURATIVO					
SSV + CCGG					
<u>Deposito de 1011-2013</u>					

Dr. Consegundes P. Filho
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM: 26172 TE017348

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 SPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2013

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 468 Lda C
 Centro - Niterói CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

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

NOME <u>Marcia Leal</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>28/05/15</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETALIVRE		OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Quadra C Centro-Norte CEP: 64.002-970 Teresina-PI </div>			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. HEATH 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 3G 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					
<u>Heparina 5000 UI se 12/12</u> <u>Atenção</u> <u>24</u>					
Dr. Constança R. Filho Ortopedia - Teresina-PI CRM: 2512 TEOR 7348					

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Clara de Assis Alves de Araújo Santos
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ À _____
RUA Amador - 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 POSSÍVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA, 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 ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

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

(X) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: Mário Luiz Alves de Araújo

RESPONSÁVEL: Clara de Assis de Araújo Santos

TESTEMUNHA: Clara de Assis de Araújo Santos

FLORIANO, 29 DE Março DE 2019



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

NOME <u>Ms. Luiza</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>30/03/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24	06	
06. TLATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEXONE 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				
<u>Ureapirina 5.000CT (SN) 14/12/18</u>	18	24		

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

Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
CPF: 01555872344
Mãe: LUIZA ALVES DE SOUSA
Carteira:
Convênio: PLANO ECONOMICO
Endereço: BARRA DA VEREDA ZONA RURAL
CEP: 64806580

Idade: 34
Identidade / RG: 2643369
Pat: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO
Senha Aut:
Plano: PLANO ECONOMICO
Bairro: ZONA RURAL
Cidade: FLORIANO

DT Nascimento: 04/07/1984 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 94306225
Gula:
Validade:
Complemento:
Estado: PIAUÍ

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 648562
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO
Médico: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Procedimento: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
Unidade de Internação: POSTO 02

Prontuario: 138866
Usuario: ANETA

Data: 29/03/2019

Leito: VIRTUAL_P02_02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: CLARA DE ASSIS ALVES ARAUJO SANTO
Endereço:
Bairro:
Complemento:
Telefone: 8994358789

Termo de Responsabilidade

1ª - 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.

2ª - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.

3ª - 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.

4ª No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.


Hospital Unimed - Setor Internação


Cliente / Responsável



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- ☐ MUDANÇA PROCEDIMENTO
- ☐ DIARIA DE UTI
- ☐ DIARIA ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI-Rh
- ☐ OUTROS CLEXANE 40

- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
- ☐ 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 - MUDANCA

MEDICO SOLICITANTE ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

CRM 1976

CPF 23953837320

DATA DA INTERNAÇÃO 29/03/2019

CONVÊNIO PLANO ECONOMICO

JUSTIFICATIVA:

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO

DATA:

Dr. Alcido Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2323 / CRM-PI: 1976

Ass. Médico Solicitante

AUDITOR:

DATA:

Dr. Alcido Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2323 / CRM-PI: 1976

Assinatura CPF

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

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

SALA 03

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

PLANO ECONOMICO

APARTAMENTO_69

Código da Descrição: 31041

Atendimento : 848562

Carteira :

Idade : 34 Anos 8 Meses 25

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
30725127 FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	496 PLANO ECONOMICO	001
Equipe		
CIRURGIO	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 - Traumatologia
CRM-PA: 2326 / CRL-PE 5776

MEDICO(A):
CRM:

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
1976



FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 648562

Convenio: PLANO ECONOMICO

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

IDADE: 34 Anos 8

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:

[illegible]

Gases:

SELEZIONE								
SELEZIONE								
SELEZIONE								

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"/> PNI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Líquidos Administrados:

[illegible]

Técnica Anestésica

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

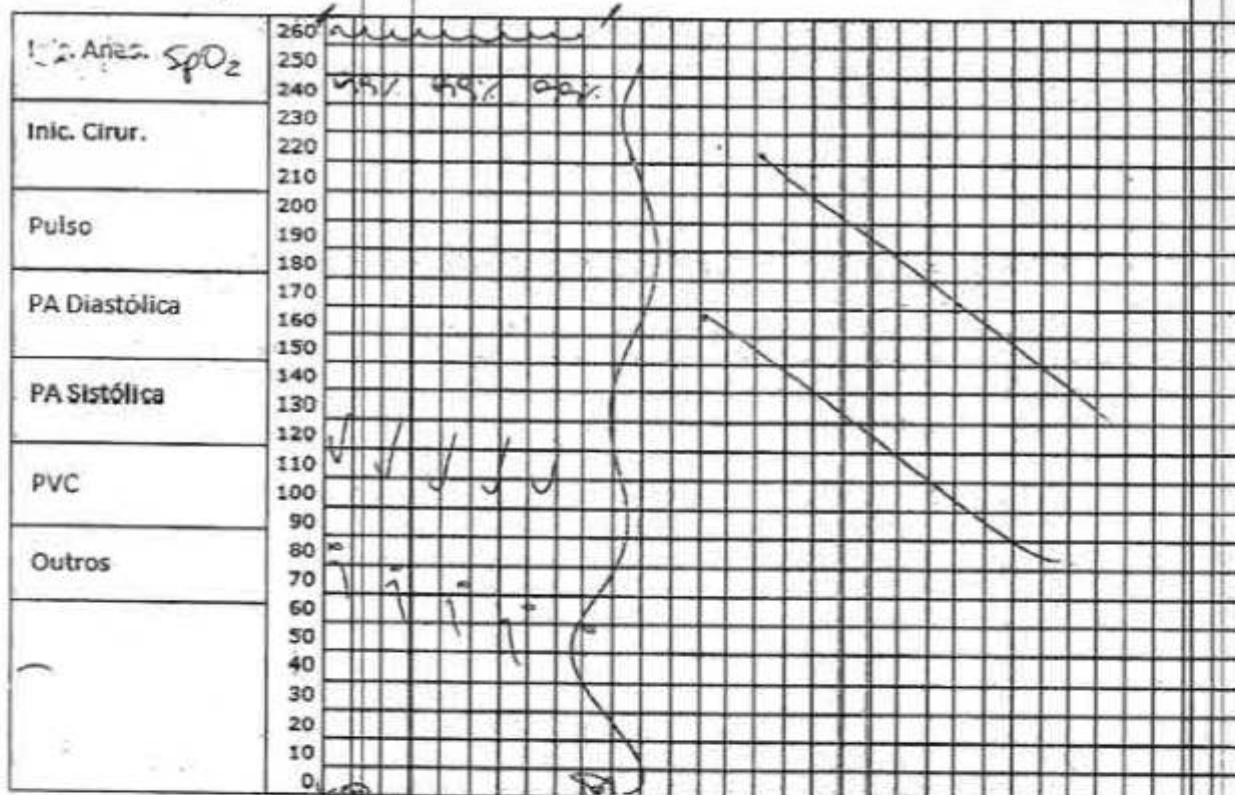
Intercorrências :

Dr. Denise Valente
Anestesiologista
CRMPI 4214

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
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"/> Água Dest. 10ml			<input type="checkbox"/> Dormonid 15mg	01		<input type="checkbox"/> Nubain		
<input type="checkbox"/> Amicacina			<input type="checkbox"/> Droperidol			<input type="checkbox"/> Ocitocina		
<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"/> Pancurônio		
<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"/> Gl. Cálcio			<input type="checkbox"/> Ranitidina		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifentanil		
<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"/> Dexametasona 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"/> Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina					
<input type="checkbox"/> Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina					

Teresina-PI, 29 de Março de 2019

DENISE SOARES VALENTE

CRM: 4214

Denise
Dra: Denise Valente

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3.0 AGO 2019

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rêgo, 445 - Loja C
Centro, Teresina - PI, CEP: 64.002-470



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 29-03-2019 15:20
CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO
PRONTUÁRIO: 138668
ATENDIMENTO: 548562

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Leito / Apto: APT_69

Início:

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+SEDAÇÃO, SONOLETA, SSVV NORMAL, SEM APORTE DE O₂, EM HV, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, COM DRENO SUCTOR NA FO, SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Vias Aéreas

- ☐ Cateter ☐ Cânula Guedes
☐ Entubado ☐
☐ Máscara

Gases O₂

l/min

Alergias

Ligado

Desligado

Sinais Vitais

Horario	PA	P	F.R.	T	SpO ₂	Diurese			
15:10	132X71			36	99				

Sinais Vitais

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-474
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

Sector: 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 PROCEDENTE 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 DAPIRONA, 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. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



Carla Karine
CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES
COREN 1634151

Paciente...: 138563 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição...: 890038 Data: 29/03/2019 10:00
Atendimento: 648562 DI 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. Int.: 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	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO					ACM	
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	ACM	29/03/2019 10:00
3 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 1	AMPOLA FR		IV	ACM	
4 DIMENIDRINATO B6 DL SOL. INJ. 50MG- 10ML -> AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12 -> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	1 1 1	AMPOLA UND UND		IV	ACM	
5 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML -> KIT EV 10ML	1 1	AMPOLA KIT		IV	12/12 H	29/03/2019 10:22 30/03/2019 10:10
CUIDADOS GERAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 VERIFICAR SINAIS VITAIS					6/6 H	29/03/2019 10:16:22 30/03/2019 04:10
MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 GLICEMIA CAPILAR Justificativa: DIETA ZERO -> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR -> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	 1 1	 UND UND			ACM	29/03/2019 10:16:22 30/03/2019 04:10

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

Eduardo Antonio Batista
Cardiologia 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: 648562

Leito: APARTAMENTO 69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONOMICO

Plano: PLANO ECONOMICO

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 pervio. Segue normocárdica, normotensa, normotérmica, eupneica, respirando espontaneamente sem aporte 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
TAVARES
COREN - PI - 454220

ANDRESSA RODRIGUES TAVARES
COREN - PI - 454220



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
Cid.: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	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	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 SORO FISIOLÓGICO 1000ML	1	FR		IV	CONTINUA	[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 20:57 [30/03] 02:57 08:57
11 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML 2ML (MP2)	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 20:57 [30/03] 02:57 08:57
13 DIFENIDRAMINA SOL.INJ. 10MG/ML	1	AMPOLA		IV	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 20:57 [30/03] 02:57 08:57
15 CEFOTRIAXONA SOL.INJ. 1000MG/20ML	1	AMPOLA		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
16 (D1/2) CEFAZOLINA PO SOL.INJ. 1G	1	G		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57

EXAMES DE IMAGEM

20:00 29/03/19



L556509A
F04/2018
V04/2020

Versa

DEPARTAMENTO 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

Dr. ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA: 2328 / CRL-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. Int.: 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)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
18 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) : Exame:						
155776						

RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)

Suprimido: 29/03
Prescrição: 890541

Sandra Maria Coelho de Moura Fe

SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE
CRM 883



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Sector: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Hora anotação: 18:22

Leito: APARTAMENTO_69

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGÊNCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE MUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFÉRICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLÓGICO 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, FÁSICA, AFEBRIL, EM H.V. DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, COM DRENO SUCTOR FUNCIONANTE, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (TRAMAL) CPM, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM; SSVV ESTAVEIS;

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



ana caroline
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

Data anotação: 30/03/2019

Hora anotação: 03:10

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, física, 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 ICIONANTE), 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 algicás, em repouso no leito aos cuidados da enfermagem.



Louhanny Roberta Lemos M. Ribeiro

Técnica em Enfermagem

~~LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO~~

LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO

COREN 001069774

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Sector: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Hora anotação: 11:56

Leito: APARTAMENTO_69

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGENCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE FEMUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFERICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLÓGICO CPM; SSVV ESTÁVEIS;

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 type="checkbox"/> Conferido acesso venoso periférico pérvio.* |
| <input checked="" type="checkbox"/> Realizado anamnese e exame físico com registro.* | <input type="checkbox"/> Verificado sinais vitais e registrado no prontuário.* |
| <input type="checkbox"/> Verificado reserva de sangue e vaga de UTI. | <input checked="" type="checkbox"/> Conferido a retirada de adornos, próteses e esmalte de cor escura |
| <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. | *Para pacientes externos essa etapa será realizada no centro cirúrgico. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento Cirúrgico assinado pelo paciente e cirurgião. | |
| <input type="checkbox"/> Avaliação pré-anestésica. | |

Paciente encaminhado para o Centro cirúrgico às

Hora.

Bruna Lira
BRUNA LIRA SANTOS

COREN:



Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Hora: 12:37

Jejum: ☒ Sim ☐ NãoAntibioticoprofilaxia: ☐ Sim ☒ NãoTricotomia: ☐ Sim ☒ NãoHigienização: ☒ Sim ☐ Não

Peso: 66

Admissão no centro cirúrgico

Confirmado identificação

Sim ☒ Não ☐

Confirmado procedimento previsto

Sim ☒ Qual? Não soube informar ☐Informou correto ☐

Consentimento livre esclarecido assinado

Sim ☒ Não ☐

Confirmado sítio cirúrgico

Sim ☒ Não ☐

Confirmado lateralidade

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 adornos 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 funcionando

Sim ☒ Não ☐

Monitorização testado e funcionando

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 Loja 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

Plano: 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 HOAPITALAR

Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM PI 1976

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976

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

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Conselho / Número COREN - PI - 001093148

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Sector: POSTO 5

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 1 PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, física, 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 SUÇÃO FUNCIONANTE), administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

RECEBE PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR
RETIRADO DRENO
RETIRADO ACESSO
REALIZADO CURATIVO EM F.O



Hildimar
HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO
COREN 001093148

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição.: 890914 Data: 30/03/2019 14:00
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
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/Horário
1 RETIRADA DRENO SUCCAO Justificativa: ALTA HOSPITALAR					1 X AO DIA	[30/03] <i>Alcides</i>
2 CURATIVO Justificativa: ALTA HOSPITALAR					1 X AO DIA	[30/03] <i>Alcides</i>

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MG: 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

IDADE: 34 Anos

RG: 2643369

PESO:

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)

CONVÊNIO: 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 TERAPÊUTICO

PRESTADOR: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

EVOLUÇÃO

1 PO
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA HOSPITALAR

CONDUITA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: 1 PO
SEM INTERCORRENCIAS
RETIRAR DRENO SUCCÇÃO
CURATIVO
ALTA HOSPITALAR AS 10 HS APOS MEDICAÇÃO DE HORARIO



ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM-1976

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE (FOTO, EMBOCADAS)
1585662 SSP PI

CPF
748.086.803-00

DATA NASCIMENTO
06/02/1977

RAÇA
BRANCO

SEVERO ALVES DOS SANTOS
MARIA ELIETE DE S SANTOS

PERMISSÃO
DIRIGIR VEÍCULOS

ACD
DIRIGIR

CAT. DIR.
A2

INSCRIÇÃO
92344278038

VALIDADE
21/11/2020

EMISSÃO
10/01/1998

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EXATIDÃO
25/11/2015

14550808861
82316457109

DETRAN-PI (PIAUI)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1235009555

PREMIUM PLACATIFICAR
1235009555

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