
Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705147

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190705147

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **00000740163-8**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 217.256.673-04 Nome completo da vítima: Dônia Maria Carvalho e Silva

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

Nome completo: Dônia Maria Carvalho e Silva CPF: 217.256.673-04
Profissão: Professora Endereço: Av. Jacob Amador Número: 276 Complemento: _____
Bairro: Pontuquato Cidade: Corsica Estado: PI CEP: 64003-000
E-mail: _____ (DDD): 86-99994-2880

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☒ Banco do Brasil (002) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 16.573-5 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 16.573-5 ☐
(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.

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
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Autorização de pagamento



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Corsica, 23 de julho de 2019

Nome: Dônia Maria Carvalho e Silva

CPF: 217.256.673-04

Dônia Maria Carvalho e Silva

(Assinatura de quem assina a RDO)

Dônia Maria Carvalho e Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Thaíron do Carmo Lima

CPF: 036.613.173-32

Thaíron do Carmo Lima

Assinatura

2ª Nome: Jomaris Ribino dos Santos

CPF: 986.140.543-34

Jomaris Ribino dos Santos

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

----- Consulta - Operações -----

Cliente (CPF/CGC): 217.256.673-04 SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Contrato de Operação	Participação do cliente
Produto : 0008 CHEQUE ESPECIAL	Titularidade: 1
Modalidade : 0003 CHEQUE ESPECIAL CLASSIC	Tipo : Titular
Agência : 0044 TERESINA(PI)	Dt.Inicio: 30.01.2003
Nr.Operação: 16.573-5	Dt.Fim : 31.12.9999
Situação : Ativa	Situação : Ativa
Nome Personalizado: SONIA MARIA C SILVA	

Agência vinculada: 0044 TERESINA(PI)

Conta vinculada : 16.573-5 IBAN :

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 217.256.673-04 4 - Nome completo da vítima: Sonu Marcos Carvalho e Silva

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

5 - Nome completo: Sonu Marcos Carvalho e Silva 6 - CPF: 217.256.673-04
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Av. Jacob Almeida 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Penqueimto 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.003.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 990724541

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 200403 CONTA: 7401638
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não assinado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Teresina, Piauí 16/12/2015
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.



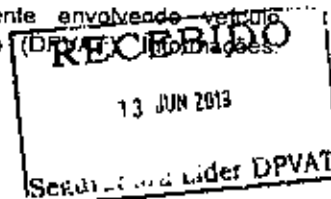
OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 19/01/2019 às 06:00hs, Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT) em www.dpvatseguro.com.br".



LOCAL

Município: TIMON Estado: MA
Logradouro: Nº: CEP:
Bairro: GUARITA Tp de Local: VIA URBANA
Referência: AV. TERESINA CRUZAMENTO COM FRANCISCO CARLOS JANSEN

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO (54), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Motorista de veículos, RG Nº: 602354/SSPPI, CPF: 340.370.633-87, nascido em 13/09/1964, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: SAO JOAO, 143 - Bairro: Formosa - TIMON - MA, Telefone(s): (86)9886-16804.

EXAMES SOLICITADOS

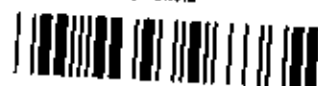
LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA (55), do sexo feminino, Brasileira, Viuvo, exercendo a profissão de Professores, RG Nº: 505895/SSPPI, CPF: 217.256.673-04, nascida em 09/04/1963, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: AV. JACOB ALMENDRA Nº 276 BAIRRO POR ENQUANTO - - TERESINA - PI, Telefone(s): (86)9999-42880.

EXAMES SOLICITADOS

Boletim de ocorrência



LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima informa que na data do dia 19/01/2019 por volta das 06:00h estava trafegando na Av. Teresina com a Av. Francisco Carlos Jansen bairro Guarita conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI PLACA PIO-3997 CHASSI 9C2KC2200GR507964 ANO 2016/2016 COR VERMELHA em nome do comunicante AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO, juntamente com a sua irmã SONIA MARIA CARVALHO E SILVA vítima na GARUPA, quando um veículo de Placa AOM-6367 invadiu o cruzamento vindo a colidir e ambos caíram ao chão e o comunicante foi atendido na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) e teve FRATURA NO DEDO DO PÉ DIREITO e sua irmã foi socorrida pelo SAMU e levada a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) conforme o nº do atendimento 331901190032 e encaminhada para o HOSPITAL PRONTOMED e FRATUROU A CLAVICULA DIREITA E A COSTELA no qual foi feito cirurgia de acordo com o prontuário 230975. O fato registrado neste Boletim de Ocorrência é de inteira responsabilidade do comunicante.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (98)3212-5002.

OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

Michel de Sousa Sampaio
MICHEL DE SOUSA SAMPAIO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matricula: 119686

Devani de Araújo Silva
DEVANI DE ARAUJO SILVA
ATENDENTE

Augusto Rodrigues e Silva Filho
AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO
COMUNICANTE



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237, CENTRO, FONE: (99)3212-5002.

REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 -
1DP TIMON

Data/Hora do Fato: 19/01/2019 às 06:00hs, Sábado

FATO COMUNICADO

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR
(Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: TIMON Estado: MA
Logradouro: Nº: CEP:
Bairro: GUARITA Tp de Local: VIA URBANA
Referência: AV. TERESINA CRUZAMENTO COM FRANCISCO CARLOS JANSEN

PERICIA DO

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO, do sexo masculino, Brasileiro, Casado, exercendo a profissão de Motorista de veículos, RG Nº: 602354/SSPPI, CPF: 340.370.633-87, nascido em 13/09/1964, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: SAO JOAO, 143 - Bairro: Formosa - TIMON - MA, Telefone(s): (86)9886-16804

Ao Sr. Diretor do INSTITUTO MÉDICO LEGAL, solicitando providências no sentido de submeter a exame de Corpo de Delito:

LESAO CORPORAL

QUESITOS OFICIAIS:

- 1 - HA OU HOUVE OFENSA A INTEGRIDADE CORPORAL OU A SAUDE DO(A) EXAMINADO(A)?
- 2 - QUAL O INSTRUMENTO, AGENTE OU MEIO QUE PRODUZIU?
- 3 - RESULTOU OU RESULTARA INCAPACIDADE PARA OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS?
- 4 - RESULTOU EM PERIGO DE VIDA?
- 5 - RESULTOU OU RESULTARA DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO?
- 6 - RESULTOU OU RESULTARA INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO?
- 7 - RESULTOU OU RESULTARA ENFERMIDADE INCURAVEL?
- 8 - RESULTOU OU RESULTARA PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO?

Augusto Rodrigues e Silva Filho



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237, CENTRO, FONE: (99)3212-5002.

REQUISIÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 -
1DP TIMON

SENTIDO OU FUNÇÃO?

9 - RESULTOU OU RESULTARA DEFORMIDADE PERMANENTE?

10 - RESULTOU A ACELERAÇÃO DE PARTO OU ABORTO?

REMETER LAUDO PARA: PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON

TIMON - MA, 06/02/2019

MICHEL DE SOUSA SAMPAIO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matricula: 1196864

Recebido às horas de / /
Funcionário do INSTITUTO MÉDICO LEGAL:

1 . 1 3 1 7 4 8



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.



OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 19/01/2019 às 06:00hs, Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	TIMON	Estado:	MA
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:	GUARITA	Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	AV. TERESINA CRUZAMENTO COM FRANCISCO CARLOS JANSEN		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO (54), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Motorista de veículos, RG Nº: 602354/SSPPI, CPF: 340.370.633-87, nascido em 13/09/1964, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: SAO JOAO, 143 - Bairro: Formosa - TIMON - MA, Telefone(s): (86)9886-16804.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA (55), do sexo feminino, Brasileira, Viuvo, exercendo a profissão de Professores, RG Nº: 505895/SSPPI, CPF: 217.256.673-04, nascida em 09/04/1963, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: AV. JACOB ALMENDRA Nº 276 BAIRRO POR ENQUANTO - - TERESINA - PI, Telefone(s): (86)9999-42880.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima informa que na data do dia 19/01/2019 por volta das 06:00h estava trafegando na Av. Teresina com a Av. Francisco Carlos Jansen bairro Guarita conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI PLACA PIO-3997 CHASSI 9C2KC2200GR507964 ANO 2016/2016 COR VERMELHA em nome do comunicante AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO, juntamente com a sua irmã SONIA MARIA CARVALHO E SILVA/vítima na GARUPA, quando um veículo de Placa AOM-6367 invadiu o cruzamento vindo a colidir e ambos caíram ao chão e o comunicante foi atendido na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) e teve FRATURA NO DEDO DO PÉ DIREITO e sua irmã foi socorrida pelo SAMU e levada a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) conforme o nº do atendimento 331901190032 e encaminhada para o HOSPITAL PRONTOMED e FRATUROU A CLAVICULA DIREITA E A COSTELA no qual foi feito cirurgia de acordo com o prontuário 230975. O fato registrado neste Boletim de Ocorrência é de inteira responsabilidade do comunicante.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (99)3212-5002.

OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

Michel de Sousa Sampaio
MICHEL DE SOUSA SAMPAIO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 1198864

Devani de Araújo Silva
DEVANI DE ARAUJO SILVA
ATENDENTE

Augusto Rodrigues Silva Filho
AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO
COMUNICANTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 217.256.673-04 4 - Nome completo da vítima: Sonu Marcos Carvalho e Silva

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

5 - Nome completo: Sonu Marcos Carvalho e Silva 6 - CPF: 217.256.673-04
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Av. Jacob Almeida 9 - Número: 296 10 - Complemento:
11 - Bairro: Penqueimto 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.003.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 990724541

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 200403 CONTA: 7401638
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, Teresina, 16/12/2015
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Sonu Marcos Carvalho e Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

BANCO: 104

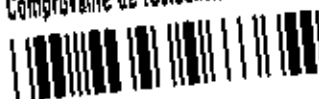
AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000740163-8

Nr. da Autenticação 50BED9D81D735B2A



Comprovante de residência



Cartão
Ourocard Visa International
Nº 4984 **** * 1372

Pág. 001 de 002

Data de emissão para o fechamento da próxima fatura: 13/02/2019

Vencimento:
27/01/2019



CTCE FORTALEZA CE PL7

SONIA MARIA C SILVA
AV JACOB ALMENDRA 276
PORENQUANTO
64003-000 TERESINA - PI

> Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 30,16. Consulte o Cus to Eletrônico Total - CET no quadro "Encargos Financeiros" abaixo.

Valor Total:

R\$ 356,61

Pagamento mínimo: (1)

R\$ 54,19

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 34,36
+29X 34,36

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), segue-se o encargo de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 34,36 + juros de 0,10% a.m. + CET 191,65% a.a.). Se você parcelar parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelamento, ou procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central de Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 356,61
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 356,61

> Resumo em Real

Saldo anterior 20,90
Pagamentos/Créditos - 20,90
Compras/Débitos 356,61
Saldo - R\$ 356,61
Saldo parcelado 506
faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Seques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
- Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,10
- Pagamento de contas à vista 0,00
Encargos
- Retiradas na função crédito 0,00
- Uso limite crédito rotativo 0,82
- Pagamento de contas à vista 0,00

> Limites

Total para transação à vista 2.181
Seguros (incluído no total transação à vista) 2.181
Total para transações parceladas 0
Crédito 14.052
Consulte seus limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Nível

Pontuação acumulada em 1.083
Consulte pontos a prescrever e saldo atual.
- Calhas Eletrônicas: Ponto pra Você > Prog Recompensas.
- Internet: Ponto pra Você > Dem. Ativar Pontos.
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Ativar Pontos.

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Encargos Financeiros (%)

	1	CET ao Mês (%)	CET ao Ano (%)	2	CET ao Mês (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo*	9,94	11,94	287,05	8,88	11,95	288,74
Crédito Parcelado*	7,40	7,80	151,17	8,40	8,80	181,22
Juros de Mora	1,00	-	-	1,00	-	-
Multa por Atraso	2,00	-	-	2,00	-	-

1 - Para o período - 5% ao mês

2 - Máximo para o próximo período - 3% ao mês

* Considerado o valor base de R\$1.000,00 em contratação para o cálculo do CET

CEL.099 99901-9563

oi - MA

96 - 9 9994 - 2880 - Tim

BANCO DO BRASIL

001-9 00190.00009 02803.164009 27442.660661 4 000000

do Pagador (CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP) SONIA MARIA C SILVA - CPF 217.256.673-04

AV JACOB ALMENDRA 276 - PORENQUANTO - 64003-000 - TERESINA - PI

p/ Avalista

Número 000000027442660

Nº do documento

Data de Vencimento

Valor Documento

Valor Pago

27/01/2019

356,61

do Beneficiário (CPF/CEP/Endereço)

S de Repel S.A. - CNPJ nº 00.000.000/0001-91 - SAUN DE S - Ed BB - Torre 1 - 2º andar - 70040-912 Brasília (DF)



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SETAZ 06/08

Para contato
consulte o número
deste NUMERO!!

SEU CÓDIGO

0055052-3

Nº da Nota Fiscal 030496623

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	02-12-2019	240	255,61

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
AV JACOB ALMEIDA 276 276 PORENQUANTO
CPF: 00021725667304
CEP: 64.003-000 - TERESINA

ROT: 17.001.31.30.041300

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	14973	Atual: 25/11/2019
Anterior:	14733	Anterior: 24-10-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 24-12-2019
Consumo Medido:	240	Emissão: 22-11-2019
Consumo Faturado:	240	Apresentação: 25-11-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 32
Código de Irregularidade:	FCAH	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1498760		1.1.1.1	145

HISTÓRICO kWh	Mês/ano consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA
OUT/19	152	CONSUMO 240 A R\$ 0,968508 = 232,44
SET/19	149	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 18,75
AGO/19	175	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,23
JUL/19	138	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,11
JUN/19	150	MULTA POR ATRASO 09/19-00 2,72
MAI/19	124	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,36
ABR/19	142	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,78
MAR/19	120	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,81
FEV/19	129	
JAN/19	178	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 240 - 0,551161

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-12-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERENAH. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
10/2019	146,00	

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	45,71	Base de Cálculo:	232,44	169,68	
Energia:	88,33	Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	14,94	Valor do ICMS:		62,75	
Encargos:	7,31	Valor do PIS:	1,40%	2,39	
Tributos:	76,15	Valor do COFINS:	6,49%	11,01	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC			FIC		
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48
Realizado	0,00				
			Período de apuração:	01/2019	RUSD: 52,76

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

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

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 R\$50 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moreira de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.802.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Soniu Maria Carmelito e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.256.673-04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Soniu Maria Carmelito e Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.256.673-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

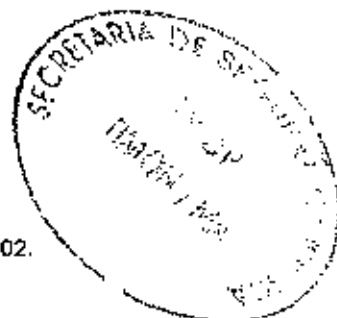
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turizina</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel (DDD): <u>(86) 99442954</u>

Local e Data: Turizina - Pádua 26.12.19Keylly Moreira de Oliveira
Assinatura do Declarante



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.



OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 19/01/2019 às 06:00hs, Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	TIMON	Estado:	MA
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:	GUARITA	Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	AV. TERESINA CRUZAMENTO COM FRANCISCO CARLOS JANSEN		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO (54), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Motorista de veículos, RG Nº: 602354/SSPPI, CPF: 340.370.633-87, nascido em 13/09/1964, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: SAO JOAO, 143 - Bairro: Formosa - TIMON - MA, Telefone(s): (86)9886-16804.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA (55), do sexo feminino, Brasileira, Viuvo, exercendo a profissão de Professores, RG Nº: 505895/SSPPI, CPF: 217.256.673-04, nascida em 09/04/1963, natural de CODO - MA, PAI: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA e MÃE: DIONILIA CARVALHO E SILVA, Endereço: AV. JACOB ALMENDRA Nº 276 BAIRRO POR ENQUANTO - - TERESINA - PI, Telefone(s): (86)9999-42880.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante/vítima informa que na data do dia 19/01/2019 por volta das 06:00h estava trafegando na Av. Teresina com a Av. Francisco Carlos Jansen bairro Guarita conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI PLACA PIO-3997 CHASSI 9C2KC2200GR507964 ANO 2016/2016 COR VERMELHA em nome do comunicante AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO, juntamente com a sua irmã SONIA MARIA CARVALHO E SILVA vítima na GARUPA, quando um veículo de Placa AOM-6367 invadiu o cruzamento vindo a colidir e ambos caíram ao chão e o comunicante foi atendido na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) e teve FRATURA NO DEDO DO PÉ DIREITO e sua irmã foi socorrida pelo SAMU e levada a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) conforme o nº do atendimento 331901190032 e encaminhada para o HOSPITAL PRONTOMED e FRATUROU A CLAVICULA DIREITA E A COSTELA no qual foi feita cirurgia de acordo com o prontuário 230975. O fato registrado neste Boletim de Ocorrência é de inteira responsabilidade do comunicante.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro , Fone: (99)3212-5002.

OCORRÊNCIA Nº: 621/2019 - Registrado em 6 de Fevereiro de 2019 às 10:38h

MICHEL DE SOUSA SAMPAIO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 1196864

DEVANI DE ARAUJO SILVA
ATENDENTE

AUGUSTO RODRIGUES E SILVA FILHO
COMUNICANTE



med
imagem

HOSPITAL MED IMAGEM
CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com.
Diretor Técnico:

Atendimento: 3049600
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI
Data de emissão: 17/04/2019 16:18:26

RECEITA MÉDICA

RELATÓRIO MÉDICO

ATESTO, PARA FINS DE DIREITO, QUE A PACIENTE SUPRACITADA ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO ORTOPÉDICO DEVIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA NO DIA 19/01/19.

COMO LESÕES ASSOCIADAS APRESENTA CONTUSÃO PULMONAR COM FRATURA DOS ARCOS COSTAIS, COM TC EVIDENCIANDO:

1. FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. FRATURA COMPLETA NO ARCO ANTERIOR DA 2ª COSTELA DIREITA;
3. CONSOLIDAÇÃO PARENQUIMATOSA OVALADA, PARCIALMENTE DELIMITADA, LOCALIZADA NO SEGMENTO ANTERIOR DO LOBO SUPERIOR DO PULMÃO DIREITO, DE CONTOURNOS IRREGULARES, COM EXTENSÃO HILAR E PLEURAL ADJACENTE, APRESENTANDO MODERADO REALCE HOMOGÊNEO APÓS CONTRASTE;
4. CONSOLIDAÇÃO PARENQUIMATOSA HETEROGÊNEA COM BRONCOGRAMAS AÉREOS DE PERMEIO, LOCALIZADA NO SEGMENTO BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO DIREITO, DE ASPECTO CONTUSIONAL E/OU INFLAMATÓRIO;
5. CONSOLIDAÇÕES PARENQUIMATOSAS "EM FAIXA" NO SEGMENTO LINGULAR INFERIOR DO LOBO SUPERIOR E NOS SEGMENTOS BASAIS ANTERIOR E POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO ESQUERDO, DE ASPECTO ATELECTÁSICO;
6. NÓDULOS SÓLIDOS, COM DENSIDADE DE PARTES MOLES, BEM DELIMITADOS, LOCALIZADOS NO SEGMENTO POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR E BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO DIREITO E NO SEGMENTO APICO-POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR DO PULMÃO ESQUERDO, DE ASPECTO INESPECÍFICO;

Dr. Gustavo de Souza Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Especialista em Ombro e Cotovelo
CRM-PI 5680 / TCOT: 13239



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Teresina - Piauí



med
imagem

HOSPITAL MED IMAGEM
CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com.
Diretor Técnico:

Atendimento: 3049600
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI
Data de emissão: 17/04/2019 16:23:56

RECEITA MÉDICA

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DA CLAVÍCULA

FRATURA APRESENTANDO SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO SATISFATÓRIA, PORÉM AINDA APRESENTA PERDA DE FORÇA MUSCULAR À ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM CERCA DE 30% (PIORA DE SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR ASSOCIADA, EM INVESTIGAÇÃO PARA LESÃO TENDÍNEA)

ENCONTRA-SE APTA AO RETORNO ÀS SUAS ATIVIDADES LABORAIS

CID
- Z540 + S420 + M751 + M754

Dr. Gustavo de Souza Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Especialista em Ombro e Cotovelo
CRM-PI 5680 / TCOT: 13239

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Teresina - Piauí



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Data: 19/01/2019 11:10:18 19/01/2019 11:10:19

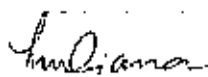
**RX DIGITAL DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR + OMBRO DIREITO
(02 INC.)**

ACHADOS:

Fratura completa na diáfise média da clavícula direita.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA DIREITA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Luciana Viana
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Date: 19/01/2019 11:10:18

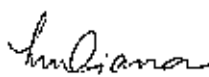
RX DIGITAL DO TÓRAX (02 INC)

ACHADOS:

Pulmões: anatômicos.
Hílos e seios costofrênicos: íntegros.
Coração e pedículo vascular: com morfologia e diâmetros normais.
Mediastino: sem anormalidades radiológicas.
Fratura completa na diáfise média da clavícula direita.

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA DIREITA;
- 2.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Luciana Viana
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Frederico Soares Lemos Martins
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107814
Data: 19/01/2019 13:43:36

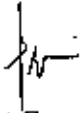
RX DIGITAL DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura cominuta desalinhada da diáfise média da clavícula.
Aumento de volume e densidade de partes moles da fossa supraclavicular.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMINUTA DESALINHADA DA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA;
2. AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES DA FOSSA SUPRACLAVICULAR;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Bruno Eduardo Innocencio Cabral
CRM 5491



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Gustavo de Souza Pereira
Atendimento: 2671157 Prescrição: 2108073
Data: 19/01/2019 18:37:04

RX DIGITAL DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura da diáfise clavicular, fixada com placas e parafusos metálicos.
Redução difusa da densidade mineral óssea.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA DA DIÁFISE CLAVICULAR, FIXADA COM PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS;
- 2.REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
- 3.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Nilton Bandeira

Dr. Nilton Bandeira Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Frederico Soares Lemos Martins
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107814
Data: 19/01/2019 13:43:36

RX DIGITAL DA COLUNA TORÁCICA (02 INC)

ACHADOS:

Osteófitos marginais nos corpos vertebrais lombares.

Espaços discais: preservados.

Articulações interapofisárias, forames de conjugação e canal raquiano: com aparência radiológica normal.

CONCLUSÃO:

1. ESPONDILOSE LOMBAR;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Bruno Eduardo Fernandes Cabral
CRM 5491



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SOMIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Data: 19/01/2019 11:10:18

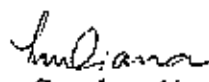
RX DIGITAL DA BACIA

ACHADOS:

Estrutura óssea: com densidade e textura normais.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

EXAME RADIOLÓGICO DA BACIA SEM ANORMALIDADES.


Dra. Luciana Vinha
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Date: 19/01/2019 11:10:19

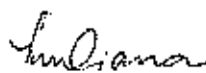
RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Estrutura óssea: com densidade e textura normais.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

EXAME RADIOLÓGICO DO ANTEBRAÇO DIREITO SEM ANORMALIDADES.


Dra. Luciana Viana
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com.
Diretor Técnico:

Atendimento: 2719677
 Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
 Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO , 64000000 , Teresina ,
 Data de emissão: 29/01/2018 16:26:57

RECEITA MEDICA

SOLICITO

TC DO TÓRAX

HD

- CONTUSÃO TORÁCICA COM FRATURA DA CLAVÍCULA. APRESENTA DOR NO GRADIL COSTAL VENTILATÓRIO DEPENDENTE

CID

- S202

Dr. Gustavo de Souza Vieira
Ortopedista e Traumatologista
Especialista em Uniao e Cotovelo
CRM-PI 50001 TEOT: 12229

Dr. Gélard de Sairen Persim
CRM 5680

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Terezina - Piauí

國立臺灣大學圖書館



**med
imagem**

HOSPITAL MED IMAGEM

CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com

Diretor Técnico:

Atendimento: 2956471

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI

Data de emissão: 27/03/2019 14:34:12

RECEITA MÉDICA

PEDIDO DE FISIOTERAPIA

10 SESSÕES

HD

- P.O. DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA
- TENDINOPATIA DA PATA DE GANSO À DIREITA
- COM ENCURTAMENTO DOS ISQUIOTIBIAIS
- CONTUSÃO DA MÃO
- FRATURA DE 4 ARCOS COSTAIS

CID

- S420

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862

Fone: (86) 3131.1234

Fax: (86) 3223.4826

Teresina - Piauí



**med
imagem**

HOSPITAL MED IMAGEM

CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: atendimento@medimagem.com.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)

Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680
Data 08/05/2019
Fone: (86) 313239

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Endereço: AV JACOB ALMENDA - POR ENQUANTO Teresina PI

Data Receita: 8 de maio de 2019

MEDICAÇÕES

FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

1. Amitriptilina 12,5 mg -----
Diacereína 50 mg -----
Ciclobenzaprina 5 mg ----- 60 Cápsulas
Paracetamol 300 mg ----- Tomar 01 cápsula via oral
Famotidina 20 mg ----- à noite antes de dormir

Pereira
CRM 5680
Data 08/05/2019
Fone: (86) 313239

IDENTIF. DO COMPRADOR	IDENTIF. DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	
Org. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico
End.:	
Cidade:	
UF:	Data: ____/____/____
Telefone:	

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Teresina - Piauí

Atendimento: 3163639
Paciente SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Endereço AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI
Data de emissão: 16/05/2019 09:36:29

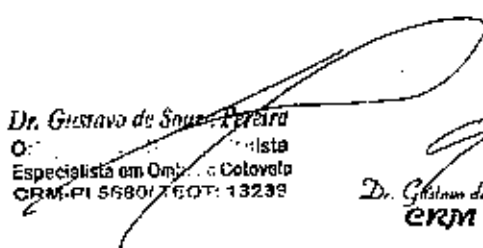
RECEITA MÉDICA

Uso Oral

1. Proso ----- 60 cápsulas
Tomar 01 cápsula via oral 1 vez ao dia após o almoço por 2 meses
2. Osteotrat 35 mg ----- 8 cápsulas
Tomar 01 cápsula via oral em jejum pela manhã 1 vez por semana,
por 2 meses. Não deitar ou comer por 30 minutos após tomar a
medicação

Orientações

- Aumentar a ingestão de leite e derivados (como queijo e iogurte), desde que não tenha intolerância a lactose, ovos e vegetais de folha escura (como couve, espinafre, taioba)
- Exposição solar por 30 minutos diários (sol da manhã) até as 8:00h, com proteção
- Exercitar-se regularmente


Dr. Gustavo de Souza Pereira
O:lista
Especialista em Ortopedia e Cotovelo
CRM-PI 5680 / RQT: 13239


Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680

Atendimento: 3163639
Paciente SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Endereço AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI
Data de emissão: 16/05/2019 09:36:58

RECEITA MÉDICA

USO ORAL

1. DOSS 50.000 UI ----- 8 comprimidos
Tomar 01 comprimido via oral 1 vez por semana, por 8 semanas

Dr. Gustavo de Souza Pereira
Oftalmologista
Especialista em Oftalmologia
CRM-PI 5680-1 EOT-13239

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº 000005133855

Pág.: 1 de 1

Frei Serafim, 2155
Teresina - PI
CEP 64000-020
Fone: (86)3221-1000
http://www.humanaude.com.br

1 - Registro ANS 357511	3 - Nº Guia Principal 000005133855	4 - Data da Autorização 24/04/2019	5 - Senha 5133855	6 - Data de validade da Senha 24/05/2019	7 - Data de Emissão da Guia 24/04/2019
----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------	---	---

8 - Número da Carteira 074200707 - Titular		9 - Plano 471699 - PRIMUS IF S/OB	10 - Validade da carteira	11 - Nome completo SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707803631057010
---	--	--------------------------------------	---------------------------	--	--

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 22.120.993/0001-78		14 - Nome do Contratado LG SERVICOS MEDICOS	15 - Código CNES 99999999
---	--	--	------------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante LG SERVICOS MEDICOS	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho	19 - UF	20 - Código CBO S 22527
--	-----------------------------------	-------------------------	---------	----------------------------

21 - Data / Hora da Solicitação 24/04/2019 13:31:55	22 - Caráter de Solicitação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 S420	24 - Indicação Clínica (obrigatório se ocorrer cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) FRATURA DA CLAVICULA
--	---	---------------------	---

25 - Tabela 20103662	26 - Código do Procedimento 20103662	27 - Descrição RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GES	28 - Qtd. Solic. 10	29 - Qtd. Aut. 10
-------------------------	---	--	------------------------	----------------------

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 049.630.353-83		31 - Nome do Contratado PAULA FERNANDA BATISTA DE SOUSA	32 - T. Log	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento FREI SERAFIM, 2155.	36 - Município TERESINA	37 - UF PI	38 - Código IBGE 2211001	39 - CEP 64000-020	40 - Código CNES
---	--	--	-------------	---	----------------------------	---------------	-----------------------------	-----------------------	------------------

41 - Código na Operadora / CPF do exec. Complementar 049.630.353-83	42 - Nome do Profissional Executante / Complementar PAULA FERNANDA BATISTA DE SOUSA	43 - Conselho Profissional CREFITO	44 - Número no Conselho 225677	45 - UF PI	46 - Código CBO S 076	47 - Grau de Participação 100
--	--	---------------------------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------	----------------------------------

48 - Tipo de Atendimento ☒ 01 - Remoção 02 - Pequenas Cirurgias 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Intermediário 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	49 - Indicação de Acidente ☒ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48 - Tipo de Saúde ☐ 1-Retorno 2-Retorno SADT 3- Referência 4-Internação 5-Alta 6-Óbito
--	--	---

49 - Tipo de Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica	50 - Tempo de Doença ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias
--	--

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red/Acréscimo	Valor Unitário (R\$)	62 - Valor Total (R\$)
1. / /										
2. / /										
3. / /										
4. / /										
5. / /										

63 - Data e Assinatura do Responsável pelo Atendimento em nome da Operadora	64 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	65 - Data e Assinatura do Prestador Executante
1. 24/04/19	2. 24/04/19	3. 24/04/19
4. 24/04/19	5. 24/04/19	6. 24/04/19
7. 24/04/19	8. 24/04/19	9. 24/04/19
10. 24/04/19	11. 24/04/19	12. 24/04/19

64 - Observações Protocolo: 85751120190424623081 Telefone Contratado: (86) 3221-1000 / Emitido Por: LIDIA CARVALHO / ORTO: GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA Protocolo de Atendimento: 35751120190424623081	
--	--

65 - Total Procedimentos (R\$)	66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	67 - Total Materiais (R\$)	68 - Total Medicamentos (R\$)	69 - Total Dúvidas (R\$)	70 - Total Gases Medicinais (R\$)	71 - TOTAL GERAL DA GUIA (R\$)
86 - Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante



Frei Serafim, 2155
Teresina - PI
CEP 64000-020
Fone: (86)3221-1000
http://www.humanasaude.com.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE 6001 DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº 000005071262

Pág.: 1 de 1

1 - Registro AIMS 357511		2 - Nº Guia Principal 000005071262		3 - Data da Autorização 29/03/2019		5 - Senha 5071262		6 - Data de validade da Senha 28/04/2019		7 - Data de Emissão da Guia 29/03/2019	
8 - Número da Carteira 074200707 - Titular			9 - Plano 471699 - PRIMUS IF S/OB			10 - Validade da carteira			11 - Nome completo SONIA MARIA CARVALHO E SILVA		
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707803631057010			13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 22.120.993/0001-78			14 - Nome do Contratado LG SERVICOS MEDICOS			15 - Código CNES 9999999		
16 - Nome do Profissional Solicitante LG SERVICOS MEDICOS			17 - Conselho Profissional CRM			18 - Número no Conselho			19 - UF		
20 - Código CBO S 22527			21 - Data / Hora da Solicitação 29/03/2019 14:52:38			22 - Caráter de Solicitação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência			23 - CID 10 S420		
24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) FRATURA DA CLAVICULA			25 - Tabela 20103662			26 - Código do Procedimento RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GES			27 - Descrição		
28 - Qtd. Solic. 10			29 - Qtd. Aut. 10			30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 049.630.353-83			31 - Nome do Contratado PAULA FERNANDA BATISTA DE SOUSA		
32 - T. Log			33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento FREI SERAFIM, 2155			36 - Município TERESINA			37 - UF PI		
38 - Código IBGE 2211001			39 - CEP 64000-020			40 - Código CNES			41 - Código na Operadora / CPF do exec. Complementar 049.630.353-83		
42 - Conselho Profissional CREFITO			43 - Número no Conselho 225677			44 - UF PI			45 - Código CBO S 076		
46 - Grau de Participação [00]			47 - Tipo de Atendimento ☒ 01 - Remoção ☐ 02 - Pequena Cirurgia ☐ 03 - Terapias ☐ 04 - Consulta ☐ 05 - Exame ☐ 06 - Atendimento Domiciliar ☐ 07 - SADT Internado ☐ 08 - Quimioterapia ☐ 09 - Radioterapia ☐ 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva			48 - Tipo de Saida ☐ 1 - Retorno ☐ 2 - Retorno SADT ☐ 3 - Referência ☐ 4 - Internação ☐ 5 - Alta ☐ 6 - Óbito			49 - Tipo de Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		
50 - Tempo de Doença ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias			51 - Data			52 - Hora Inicial			53 - Hora Final		
54 - Tabela			55 - Descrição			56 - Qtd.			57 - Via		
58 - Tec.			59 - % Red/Acc/Coa			60 - Valor unitário (R\$)			61 - Valor Total (R\$)		
62 - Data e Assinatura do Procedimento em Série			63 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização			64 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável			65 - Data e Assinatura do Prestador Executante		
66 - Observações			67 - Total Honorários (R\$)			68 - Total Medicamentos (R\$)			69 - Total Diárias (R\$)		
70 - Total Gases Médicos (R\$)			71 - TOTAL GERAL DA GUIA (R\$)			72 - Data e Assinatura do Solicitante			73 - Data e Assinatura do Responsável		



**med
imagem**

HOSPITAL MED IMAGEM

CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com

Diretor Técnico:

Atendimento: 2956471

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI

Data de emissão: 27/03/2019 14:34:12

RECEITA MÉDICA

PEDIDO DE FISIOTERAPIA

10 SESSÕES

HD

- P.O. DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA
- TENDINOPATIA DA PATA DE GANSO À DIREITA
- COM ENCURTAMENTO DOS ISQUIOTIBIAIS
- CONTUSÃO DA MÃO
- FRATURA DE 4 ARCOS COSTAIS

CID

- S420

Dr. Gustavo de Sousa Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5680

Dr. Gustavo de Sousa Pereira
CRM 5680

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862

Fone: (86) 3131.1234

Fax: (86) 3223.4826

Teresina - Piauí

1 - Registro ANS 357511		3 - Nº Guia Principal 000005009892		4 - Data da Autorização 07/03/2019		5 - Senha 5009892		6 - Data de validade da Senha 06/04/2019		7 - Data de Emissão da Guia 07/03/2019	
----------------------------	--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--	----------------------	--	---	--	---	--

8 - Número da Carteira 074200707 - Titular		9 - Plano 471699 - PRIMUS IF S/OB		10 - Validade da carteira		11 - Nome completo SONIA MARIA CARVALHO E SILVA		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde 707803631057010	
---	--	--------------------------------------	--	---------------------------	--	--	--	--	--

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 22.120.993/0001-78		14 - Nome do Contratado LG SERVICOS MEDICOS		15 - Código CNES 99999999	
---	--	--	--	------------------------------	--

16 - Nome do Profissional Solicitante LG SERVICOS MEDICOS		17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Código CBO 5 22527	
--	--	-----------------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	----------------------------	--

HUMANA SAÚDE - AGENCIA
 07/03/19
 Silvana

21 - Data / Hora da Solicitação 07/03/2019 16:05:17		22 - Caracter de Solicitação ☒ E - Eletiva ☐ U - Urgência/Emergência		23 - CID 10 S420		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo) FRATURA DA CLAVICULA	
--	--	--	--	---------------------	--	---	--

25 - Tabela 20103662		26 - Código do Procedimento 20103662		27 - Descrição RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GES		28 - Qtd. Solic. 10		29 - Qtd. Aut. 10	
-------------------------	--	---	--	--	--	------------------------	--	----------------------	--

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 049.630.353-83		31 - Nome do Contratado PAULA FERNANDA BATISTA DE SOUSA		32 - T. Log		33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento FREI SERAFIM, 2155,		36 - Município TERESINA		37 - UF PI		38 - Código IBGE 2211001		39 - CEP 64000-020		40 - Código CNES	
---	--	--	--	-------------	--	---	--	----------------------------	--	---------------	--	-----------------------------	--	-----------------------	--	------------------	--

41a - Código na Operadora / CPF do exec. Complementar 049.630.353-83		41 - Nome do Profissional Executante / Complementar PAULA FERNANDA BATISTA DE SOUSA		42 - Conselho Profissional CREFITO		43 - Número no Conselho 225677		44 - UF PI		45 - Código CBO 5 076		45a - Grau de Participação 100	
---	--	--	--	---------------------------------------	--	-----------------------------------	--	---------------	--	--------------------------	--	-----------------------------------	--

46 - Tipo de Atendimento ☒ 01 - Remoção ☐ 02 - Pequenas Cirurgias ☐ 03 - Terapias ☐ 04 - Consulta ☐ 05 - Exame ☐ 06 - Atendimento Domiciliar ☐ 07 - SADT Internado ☐ 08 - Quimioterapia ☐ 09 - Radioterapia ☐ 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva		47 - Indicação de Acidente ☒ 0 - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		48 - Tipo de Saída ☒ 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	
--	--	--	--	---	--

49 - Tipo de Doença ☐ A - Aguda ☐ C - Crônica		50 - Tempo de Doença ☐ A - Anos ☐ M - Meses ☐ D - Dias	
--	--	--	--

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Descrição	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec.	60 - % Red./Acresc.	61 - Valor unitário (R\$)	62 - Valor Total (R\$)
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

63 - Data e Assinatura do Procedimento em SADT		64 - Observações	
1. 07/03/19 2. 11/03/19		3. 12/03/19 4. 14/03/19	

65 - Total Procedimentos (R\$)		66 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		67 - Total Materiais (R\$)		68 - Total Medicamentos (R\$)		69 - Total Diárias (R\$)		70 - Total Gases Médicos (R\$)		71 - TOTAL GERAL DA GUIA (R\$)	
--------------------------------	--	-----------------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------------	--	--------------------------------	--

86 - Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante	
---------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--



**med
imagem**

HOSPITAL MED IMAGEM

CNPJ: 63.326.243/0001-34

Rua RUA PAISSANDU, 1862, CENTRO | CEP: 64.001-120

TERESINA - PI Fone (86) 3131-1234 :: Email: atendimento@medimagem.com

Diretor Técnico:

Atendimento: 2817096

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000, Teresina, PI

Data de emissão: 20/02/2019 15:46:10

RECEITA MÉDICA

PEDIDO DE FISIOTERAPIA

10 SESSÕES

HD

- P.O. DE FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

CID

- S420

**SOLICITO FISIOTERAPIA ANALGÉSICA E MOTORA
PARA GANHO DE ADM PASSIVA**

Dr. Gustavo de Sousa Pereira
Ortopedista - Traumatologista
Especialista em Cirurgia do Ombro
CRM 5680

Dr. Gustavo de Sousa Pereira
CRM 5680

TUDO POR VOCÊ



Rua Paissandu, 1862

Fone: (86) 3131.1234

Fax: (86) 3223.4826

Teresina - Piauí



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente

2671157

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Nascimento: 09/04/1963 55a 9m 10d **Sexo:** F
Data de Entrada: 19/01/2019 13:04:04
Médico Presc: Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)
Prescrição em: Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)
Sala: Sala de Espera - PMA
Síntoma: M25.6 Dor articular

Atendimento: 2.671.157 **Prontuario:** 230.975
Convênio: HUMANA SAUDE / APARTAMENTO
Liberação: 19/01/2019 14:23:27 **Presença:** 2108073
Data Presc: 19/01/2019 14:20:00
Validade: 19/01/2019 15:00:00 / 20/01/2019 14:59:59
Leito/Quarto: ESPERA_02

Director Técnico Médico:

Diagnóstico: M25.6 Dor articular

LIVRE

Claudia cliente 18:47

Medicamentos:

1 Soro Glico-Fisiológico Ecoflac Frsc (500 ml) 1° 1 Frasco 8/8 h. IV

Administrar 500 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)

Observação:

7 KEFAZOL 1G INJ. 1° 1 Frasco-ampola 6/6 h. IV

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

Administrar 10 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)

Observação:

9 Zofran Inj. Ap (8mg - 4 ml) 1 Ampola ACM IV

Separar 4 Mililitros do medicamento em 20 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Administrar 24 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola 4/4 h. IV

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

Administrar 12 Mililitros (4/4 h. Intravenosa)

Observação:

Profenid Iv Fr 100mg Inj. 1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV

Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Minifrac Frsc (100 ml)

Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

13 Lexotan 3mg Cp. 1 Comprimido 1x Noite VO

Observação:

Pantoprazol Cp (40 mg) 1 Comprimido Antes Cafe 6h - Manhã VO

Observação:

Procedimentos/Services/Exames:

1 RX Clavícula 1 Vez 15

2 Curativo Membro Superior 1x Manhã 10

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente

2671157

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
Nascimento **09/04/1963** 55a 9m 10d Peso
Data Entrada **19/01/2019 13:04:04**
Médico Resp **Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)**
Prescritor **Elson Gomes de Castro (CRM 6813)**
Setor **Posto Princesas - PMA - 5º andar**
CID **M25.5 Dor articular**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento **2.671.157** Prontuário **230.975**
Convênio **HUMANA SAUDE / APARTAMENTO**
Liberação **19/01/2019 21:47:40** Prescrição **2108544**
Data Prescr. **19/01/2019 21:46:00**
Validade **19/01/2019 22:00:00 / 20/01/2019 14:59:59**
Leito/Quarto **CINDERELA**

Medicamentos: **12 Bextra Inj. Fa (40mg)** 1 Frasco-ampola Agora. IV **21:47**

Reconstituir cada Frasco-ampola em 2 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
Separar 2 Mililitros da reconstituição em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 102 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames: **1 HGT** 6/6 h. **22/12/19/158**

Nível Inicial	Nível	Insulina	Glicose	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

Elson Gomes de Castro
CRM 6813



PRONTOMED ADULTO
Sumário de alta/Transferência

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Data Nascimento: 09/04/1963 55 Anos
Sexo: Feminino
Setor: Posto Princesas - PMA - 5º andar

Atendimento: 2.671.157 Prontuário: 230.975
Dt. Entrada: 19/01/2019 13:04:04
Convênio: HUMANA SAUDE
Apartamentos: CINDERELA

Data Alta: 20/01/2019 12:16:46

Profissional: GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA

Tipo Sumário: Alta

Motivo Alta: Alta médica

Setor: Posto Princesas

Responsável Alta: GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA

Necropsia: Não

Causa da Morte: Não

Dr. Gustavo de Souza Pereira
O. Toxicologista e Traumatologista
F. Medicina do Trabalho
CRM: 11.000.000.000.000

PRONTOMED ADULTO
CNPJ: 63.326.243/0002-15
RUA PAISSANDU, 1842, CENTRO | CEP: 64.001-120
TERESINA - PI Fone (86) 3131-1123 :: Email: nfse@medimagem.com.br
Diretor Técnico:

Atendimento 2671157
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Endereço: AV JACOB ALMENDA, POR ENQUANTO, 64000000,

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a):
SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
compareceu a esta Unidade Médica, onde verificamos:

CID: Z540 + S420

A impossibilidade de trabalhar por: **90 dia(s)**, a partir desta data.

Dr. Gustavo de Souza Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Especialista em Membro e Cintura
C.R.M. 5680 - T.E.O.: 1252

Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)

Teresina, **19/01/2019**

 Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		2671157	
19/01/19 - 20/01/19			
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA Data Nasc: 09/04/1953 55 Anos Sexo: Feminino Endereço: AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Teresina Convênio: HUMANA SAUDE Sala: Posto Princesas - PMA - 5º andar Procedência: Pronto Socorro	Assistência: 2671157 Plantão: 230975 Data Entrada: 19/01/2019 13:04 Data Alta: 20/01/2019 12:30 Unidade: CINDERELA		
prescrição: 2108073 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA 19/01/2019 22:00:00 			
19/01/2019 22:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 183MG/DL, FEITO CORREÇÃO COM 2UI			
20/01/2019 00:00 JULIANA RODRIGUES LIMA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2108073 JULIANA RODRIGUES LIMA 20/01/2019 00:00:00 			
20/01/2019 00:00 JULIANA RODRIGUES LIMA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 2108073 JULIANA RODRIGUES LIMA 20/01/2019 00:00:00 			
20/01/2019 04:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 168MG/DL			
20/01/2019 04:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 2108073 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA 20/01/2019 04:00:00 			
20/01/2019 06:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Soro Glico-Fisiológico Ecoflac Frsc (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da prescrição: 2108073 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA 20/01/2019 06:00:00 			
20/01/2019 06:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2108073 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA 20/01/2019 06:00:00 			
20/01/2019 06:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Pantoprazol Cp (40 mg) Dose: 1 cp Via: VO Da prescrição: 2108073 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA 20/01/2019 06:00:00 			
Impresso em: 21/01/2019 10:56:33		Página 3 LUISS CATE151	

 Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		2671157	
19/01/19 - 20/01/19			
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA Data Nasc: 09/04/1953 55 Anos Sexo: Feminino Endereço: AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Teresina Convênio: HUMANA SAUDE Sala: Posto Princesas - PMA - 5º andar Procedência: Pronto Socorro	Assistência: 2671157 Plantão: 230975 Data Entrada: 19/01/2019 13:04 Data Alta: 20/01/2019 12:30 Unidade: CINDERELA		
20/01/2019 07:33 WEDINA CASSIA PEREIRA DA SILVA Anotações de Enfermagem Paciente evolui em repouso no leito no PO DE FRATURA OU LUXAÇÕES DA CLAVICULA,consciente, orientada,fasica,rospirando espontaneamente sem aporte de O2,dieta VO com boa adaptação,diurese presente e espontânea,segue aos cuidados da enfermagem.			
20/01/2019 08:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 2108073 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS 20/01/2019 08:00:00 			
20/01/2019 10:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Profenid Iv Fr 100mg Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2108073 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS 20/01/2019 10:00:00 			
20/01/2019 10:20 WEDINA CASSIA PEREIRA DA SILVA Anotações de Enfermagem Realizado curativo em FO com aspecto limpo e seco utilizado 01 par de luva de procedimento + 01 par de luva esteril nº7,0 + 02 pacote de gaze + sf 0,9% 50ml + 01 transofix + 35cm de fita microporosa.			
Realizado limpeza em escoriações com 01 pacote de gaze + 20ml de AGE + 01 par de luva de procedimento.			
20/01/2019 12:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2108073 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS 20/01/2019 12:00:00 			
20/01/2019 12:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS Anotações de Enfermagem Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 2108073 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS 20/01/2019 12:00:00 			
20/01/2019 12:30 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS Anotações de Enfermagem RECEBEU VISITA DO MEDICO ASSISTENTE COM MELHORA SEGUE DE ALTA HOSPITALAR.			
Impresso em: 21/01/2019 10:56:33		Página 4 LUISS CATE151	



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

19/01/19 - 20/01/19

2671157

Paciente	BONRA MARIA CARVALHO E SILVA	Idade	2671157
Data de Nascimento	09/04/1953	Sexo	Feminino
Endereço	AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Termino	Data de Admissão	19/01/2019 13:04
Unidade	HUMANIA SAUDE	Data de Alta	20/01/2019 12:30
Local de Admissão	Posto Princesas - RUA - 5º andar	Unidade	CINDERELA
Procedência	Pronto Socorro		

Diagnósticos			
19/01/2019	M25.5	M25.5 Dor articular	Definitivo
			Gustavo de Souza Pereira - 5530

Medicamentos Administrados

Unidade	Medicamento	Dose	Via	Enfermeiro	Conteúdo
Soro Glicofisiológico Ecotac	19/01/19 22:37:18	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Soro Glicofisiológico Ecotac	20/01/19 06:03:05	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Diplone Sódica Inj. Ap	19/01/19 17:27:14	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	5555
Diplone Sódica Inj. Ap	19/01/19 22:36:45	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Diplone Sódica Inj. Ap	20/01/19 01:03:32	1 IV		JULIANA RODRIGUES LIMA	
Diplone Sódica Inj. Ap	20/01/19 06:00:04	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Diplone Sódica Inj. Ap	20/01/19 12:14:34	1 IV		WILMA FERREIRA DE	
Diplone Sódica Inj. Ap	20/01/19 12:19:15	1 IV		WILMA FERREIRA DE	
Proferid Iv Fr 100mg Inj	19/01/19 22:37:09	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Proferid Iv Fr 100mg Inj	20/01/19 12:18:40	1 IV		WILMA FERREIRA DE	
Paracetamol Cp (40 mg)	20/01/19 06:00:11	1 VO		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
KEFAZOL 1G INJ.	19/01/19 16:15:55	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	5555
KEFAZOL 1G INJ.	20/01/19 01:03:19	1 IV		JULIANA RODRIGUES LIMA	
KEFAZOL 1G INJ.	20/01/19 09:00:05	1 IV		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
KEFAZOL 1G INJ.	20/01/19 12:18:03	1 IV		WILMA FERREIRA DE	
Lecitina Jura Co.	19/01/19 22:36:53	1 VO		MARIA DA CONCEIÇÃO DA	

Controle

Protocolo de Insulina

Medicamento	Dose	Via	Enfermeiro	Conteúdo
19/01/2019 22:00:25	183,00	2,0	0,0	APLICAR 7 UI BG GOS DE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL



PRONTOMED ADULTO
FICHA DE ATENDIMENTO

2671157

Internação: 2671157	Dt. Internação: 19/01/19 13:04:04	Sala de Espera - PMA
Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA		Quarto: ESPERA 02
Nascimento: 09/04/53 55a Sm 10d		Acomodação: Apartamento privativo
Estado Civil:	Sexo:	
Convênio: HUMANA SAUDE	Cartão PMS: 999942880	
RG: 505.895.	Matrícula: 0742.0070.7	
Endereço: AV JACOB ALMENDA - POR ENQUANTO Teresina	CPF: 217.256.673-04	
Nome da Mãe: DIONILIA CARVALHO E SILVA	Nome do Pai: AUGUSTO RODRIGUES E SILVA	
Procedimentos: 30717108 - Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico		
Responsável:	Funcionário: BARBARAG	
Endereço:		
Nascimento: 09/04/1963	Doc. Respon:	CPF:
Nome Respon:	Obs. Respon: CLAVICULA	
Médico Respon: Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)	Tratamento: Cirurgica	

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, representante legal do (a) paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

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

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

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

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

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

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

Teresina, 19 de Janeiro de 2019.

FRYKA HELENA CARVALHO DE CAMPOS

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº: _____

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

FRYKA HELENA CARVALHO DE CAMPOS

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Prefeitura de
Timon

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMON

SAÚDE/SUS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

SAMU REGISTRO DE OCORRÊNCIA



CIDADE : Timon DATA: 19/01/19

AMBULÂNCIA ACIONADA: 0581

LOCAL DA OCORRÊNCIA Em frente Paróquia da família

NOME DO PACIENTE: Sônia Maria Carvalho e Silva

SEXO: M ☐ F ☒ IDADE: 55 anos

SAÍDA DA BASE: 6:16 CHEGADA AO LOCAL: 6:18 SAÍDA DO HOSPITAL: 7:00

SAÍDA DO LOCAL: 6:34 CHEGADA AO HOSPITAL: 6:42 CHEGADA DA BASE: 7:09

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 01. ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 03. ☐ CHOQUE ELÉTRICO | ☐ PSIQUIÁTRICO |
| 02. ☐ AGRESSÃO | 09. ☐ QUEDA | ☐ |
| 11. ☐ URGÊNCIA ADULTA | 07. ☐ JÁ REMOVIDO | |
| 13. ☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA | 06. ☐ FALSO CHAMADO | |
| 05. ☐ ENVENENAMENTO | 10. ☐ TRANSFERÊNCIA | |
| 04. ☐ CRISE CONVULSIVA | 11. ☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL: ☒ ALERTA
 RESPONDE A COMANDO ☐
 RESPONDE A DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:
 2 - ANISÓCORIAS ☐
 1 - ISOCÓRIAS ☒
 3 - FOTO REAGENTE ☐

FALA:
 NORMAL ☒
 CONFUSA ☐
 NENHUMA ☐

PULSO RADIAL: ☒ FORTE ☐ FRACO ☐ AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:
 AUSENTE ☐
 MÍNIMO ☐
 MODERADO ☐
 INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:
 PRESSÃO ARTERIAL 110x80
 PULSO 77
 RESPIRAÇÃO 18
 SATURAÇÃO 97%
 GLICEMIA 186

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de trânsito. Moto, com cinto isocórias mais laxação m3 antebraço D. Consciente Orientada e sem feridas.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☒ PRANCHA LONGA | ☐ OUTROS |
| ☐ OXIGÊNIO | ☐ PRANCHA CURTA | |
| ☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR | ☐ KED | |
| ☐ CURATIVOS | ☒ COLAR CERVICAL | |
| ☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTETRICA | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ MELHORADO | ☐ ÓBITO ANTES DO SOCORRO |
| ☐ PIORADO | ☐ ÓBITO ANTES DO TRANSPORTE |
| ☐ INALTERADO | ☐ ÓBITO NO TRANSPORTE |

HOSPITAL DE DESTINO: UPA

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

EQUIPE:

MÉDICO(A): _____

ENFERMEIRO(A): _____

TÉCNICO(A): _____

CONDUTOR: _____



**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE TIMON**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins de direito que a paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA** deu entrada nesta Unidade em 19/01/2019 com o boletim de Nº 331901190032. Desta forma atestamos a total veracidade ao boletim de atendimento em anexo.

Timon/MA, 1º de fevereiro de 2019.


Clênia Assunção Martins
Assistente Social
CRESS/MA 2782



Unidade de Pronto Atendimento de Timon – UPA/TIMON
Rua São Sebastião, S/N, Santo Antônio, Timon – MA
(99) 3212.7518



UPA TIMON

UPA 24H

UPA TIMON

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
 Nome Mãe: **DIONILIA CARVALHO E SILVA**
 Data Nascimento: **09/04/1963** Idade Aparente: **55 ANO(S)**
 Sexo: **F**
 Nacionalidade: **BRASIL**
 Endereço: **RUA sao joao,**
 Bairro: **FORMOSA**
 CEP: **65636020**

Informante

Nome:
 Endereço:
 Chegou Como: **SAMU**

Data: **19/01/2019 07:42**
 Nº Atendimento: **331901190032**
 Nº Cartão SUS:
 Cor: **PARDA** Telefone: **0000000000**
 Celular: **86988626804** RG:
 Naturalidade: **TIMON** CPF:
 Nº: **143** Compl.: **FORMOSA**
 Município: **TIMON** UF: **MA**
 Possui Certidão de Nascimento: **NÃO**
 Telefone:
 Grau de Parentesco:
 Procedência: Tipo da Ocorrência:

Classificação de Risco

Início Classificação de Risco:

Nível

Escala de Dor:

Queixa:

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias **NÃO INFORMADO**Peso **0,0**
(kg):Pressão
ArterialPulso
(bpm):Temp.
(Cº):Freq.
RespSAT. O2
(%):HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Fim Classificação de Risco:

Classificação
de Risco:

Enfermeiro(a)

COREN:

Queixa Principal:

Anamnese:

paciente vitima de acidente automobilístico, trazida pelo samu, evolui com dor em antebraço direito.

Exame Físico

BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, AAA, CORADO, HIDRATADO, AC: BNF2TRRSS, AP: MV+SRA, ABDOME INOCENTE, SEM IRRITAÇÃO, AUSÊNCIA DE SINAIS MENINGEOS.

Diagnóstico Diagnóstica

dor articular

Hipótese Diagnóstica

Dor articular

Diagnóstico Secundário

Procedimento Proposto:

rx e antebraço d
 analgesia

Reavaliação:





UPA TIMON

UPA 24H

UPA TIMON

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**Data Nascimento: **09/04/1963**Idade Aparente: **55**Sexo: **F**Data: **19/01/2019 07:42**Nº Atendimento: **331901190032** Nº Cartão SUS:

Registro Clínico

Queixa Principal:

ATM:

Lesões
suspeitas de mucosa e

Anomalia Congênita:

Descrição:

Uso de Prótese:

Atividade de Cárie:

Última Consulta ao
Dentista:

Dentição Permanente

Cariados

Obturados

Perdidos

Extrações

Dentição Decídua

Cariados

Obturados

Perdidos

Extrações

Observações:

Procedimentos

- ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Resumo dos Atendimentos

Data / Hora

19/01/2019 07:53

Profissional

LANA MAYARA MENESES LUSTOSA VARGAS

Tipo Profissional

MEDICO

Evento

INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**

Data: **19/01/2019 07:42**

Data Nascimento: **09/04/1963**

Idade Aparente: **55**

Sexo: **F**

Nº Atendimento: **331901190032** Nº Cartão SUS:



Saída do **A - Alta por Decisão Médica**

Data: **19/01/2019**

Hora: **7:54**

Cod.

Data

Destino:

Observação

Médico: **LANA MAYARA MENESES LUSTOSA VARGAS**

CRM: **10176**

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:

Declaração de Comparecimentos do Paciente:

à

PRONTOMED ADULTO

Parecer médico

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**

Atendimento **2670691**

Especialidade origem **Clinica Geral**

Convênio: **HUMANA SAUDE**

Especialidade destino **Ortopedia / Traumatologia**

Motivo da Consulta

PCTE VEM AO PA REFERINDO DOR EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO x CARRO) HOJE AS 6h. USA CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA PERCA DE CONCIÊNCIA E VÔMITOS. EM USO CONTINUO DE GLIFAGE. ALERGIA MEDICAMENTOSA A TRAMAL.
HPP: DM 2.

AO EXAME:

VIAS AÉREAS PÉRVIAS. RESPIRAÇÃO EM AA.

ACP FISIOLÓGICA.

ABDOMEN INOCENTE.

SEM DEFICITS NEUROLÓGICOS. PIFR. NUCA LIVRE.

MEMBROS: NORMOPERFUNDIDOS, SEM SINAIS DE TVP. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MSD, ALÉM DE DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.

PA 120x80mmHg

FC 93 bpm

GC 130mg/dL

SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA ESPECIALIZADA.
GRATA,

Data : 19/01/2019 09:25:46


Dra. Melina Pereira Lima Santiago
CRM-P 9071

Resposta parecer

acidente motociclistico com trauma em hemicorpo à direita

ao ef:

dor + crepitação palpação de clavícula dir

ausencia de deformidades em mmss (exceto claviula dir)

frankel e

ausencia de fcc profunda

neurovasc sem deficit

cd:

rx clavícula

rx coluna dorsal

Data : 19/01/2019 11:13:58


Dr. Frederico S. Lemos Martins
CRM 4648



2670691

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Atendimento: 2.670.691	Prontuário: 230.975
Nascimento: 09/04/1963 55a 9m 17d	Convênio: HUMANA SAUDE / APARTAMENTO	
Data Entrada: 19/01/2019 09:04:53	Liberação: 19/01/2019 09:24:01	Prescrição: 2107508
Médico Resp: Dra. Melina Pereira Lima Santiago (CRM 7071)	Data Prescr: 19/01/2019 09:21:00	
Prescritor: Melina Pereira Lima Santiago (CRM 7071)	Validade: 19/01/2019 09:21:00 / 20/01/2019 08:59:59	
Gua: 4892416	Matric. Conv: 074200707	Senha: 4892416

Director Técnico Médico:

Data evolução: 19/01/2019 09:16	Liberação: 19/01/2019 09:21
--	------------------------------------

EVOLUÇÃO MEDICO PA

Diagnóstico: V29

Anamnese / Quadro Clínico:

PCTE VEM AO PA REFERINDO DOR EM OMBRO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO x CARRO) HOJE AS 6h. USA CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA PERCA DE CONCIÊNCIA E VÔMITOS. EM USO CONTINUO DE GLIFAGE. ALERGIA MEDICAMENTOSA A TRAMAL.
HPP: DM 2.

AO EXAME:

VIAS AÉREAS PÉRVIAS. RESPIRAÇÃO EM AA.

ACP FISIOLÓGICA.

ABDOMEN INOCENTE.

SEM DEFICITS NEUROLÓGICOS. PIFR. NUCA LIVRE.

MEMBROS: NORMOPERFUNDIDOS, SEM SINAIS DE TVP. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MSD, ALÉM DE DOR E LIMITAÇÃO DO

MOVIMENTO.

PA 120x80mmHg

FC 93 bpm

GC 130mg/dL

CD:

- SOLICITO EXAMES DE IMAGEM - RX

- SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA

- ANALGESIA + VIGILÂNCIA

Medicamentos	Dose / Intervalo / Via	Horários	D
--------------	------------------------	----------	---

1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora. 09:24

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Administrar 12,5 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

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

1 Ampola Agora. IV 09:24

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

Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

3 Profenid Iv Fr 100mg inj.

1 Frasco-ampola Agora. 09:24

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

Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

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

1 Frasco Agora. IV 09:24

Administrar 500 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Material
-------------------------------	-----------------	----------

1 Creatinina

Agora. *OK*

Soro

2 Hemograma

Agora. *OK*

Sangue

3 Uréia

Agora. *OK*

Soro

4 Sódio

Agora. *OK*

Soro

5 Potássio (K)

Agora. *OK*

Sangue e

6 RX Bacia

Agora. *OK*

7 RX Tórax - 2 Incidências

Agora. *OK*

8 RX Antebraço

Agora. *OK*

Lado: Direito

9 RX Articulação Escapuloumeral (Ombro)

Agora. *OK*

Impresso em 26/01/2019 09:02:53

Página 1

Semi-Intensiva 02 PA - PMA

MELINAL / Medico

EMERGENCIA

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

leito/quarto:



2670691

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Atendimento: 2.670.691	Prontuário: 230.975
Nascimento: 09/04/1963 55a 9m 17d	Convênio: HUMANA SAUDE / APARTAMENTO	
Data Entrada: 19/01/2019 09:04:53	Liberação: 19/01/2019 09:24:01	Prescrição: 2107508
Médico Resp: Dra. Melina Pereira Lima Santiago (CRM 7071)	Data Prescr: 19/01/2019 09:21:00	
Prescritor: Melina Pereira Lima Santiago (CRM 7071)	Validade: 19/01/2019 09:21:00 / 20/01/2019 08:59:59	
Gênero: 4892416	Matric. Conv.: 074200707	Senha: 4892416

Lado: Direito

10 RX Articulação Esternoclavicular

Agora.

11 HGT PA

Agora.

Nível Inicial	Nível	Insulina	Glicose IV	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

Melina Pereira Lima Santiago
Dra. Melina Pereira Lima Santiago
CRM-PS 7071

Interação	2671157	Dr. Interação	19/01/19 13:04:04	Sector	Sala de Espera - PMA
Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA			Quarto	ESPERA 02
Nascimento	09/04/63 55a 9m 10d	Sexo		Acomodação	
Estado Civil		Fone Pac	999942880	Diária	Apartamento privativo
Convênio	HUMANA SAUDE	Matrícula	0742.0070.7		
RG (C.N.)	505.895.	CPF	217.256.673-04		
Endereço	AV JACOB ALMENDA - POR ENQUANTO Teresina				
Nome da Mãe	DIONÍLIA CARVALHO E SILVA		Nome do Pai	AUGUSTO RODRIGUES E SILVA	
Procedimento	30717108 - Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico				
Responsável				Funcionário	BARBARAG
Endereço					
Nascimento	09/04/1963	Doc. Resp		CPF	
Fone/RESP		Observações	CLAVICULA		
Médico Resp	Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)			Tratamento	Cirúrgica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, representante legal do (a) paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

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

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

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

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

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

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

Teresina, 19 de janeiro de 2019.

FRYKA HELENA CARVALHO DE CAMPOS
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

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

FRYKA HELENA CARVALHO DE CAMPOS
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CONSUMO DE MATERIAS

MATERIAL	UNID.	QUANT.	MATERIAL	UNID.	QUANT.
LUVAS Nº	PAR				
AGULHA 25 X 08	UNID				
AGULHA 40 X 12	UNID				
SCALP Nº	UNID				
SERINGA ML	UNID				
SERINGA ML	UNID				
CATÉTER DE OXIGÊNIO	UNID				
ELETRODOS P/ MONITORIZAÇÃO	UNID				
ÁGUA DESTILADA 10 ML	AMP				
GAZES (7,5 X 7,5)	EVN				

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ALTA DA RECUPERAÇÃO

HORA: 18:28

gmo lmr
Bruno Luis Soares Lir
Anestesiologista
CRM-PI 4624

Anestesiologista

paciente encaminhado pelo anes-
tologista recuperado no 12/A
e encaminhado para apartamento
fica com o 12/A
Enfermagem

Descrição Cirurgia

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Cirurgia	49.316
Prontuário	230.975	Prescrição	2.107.979
Dt. Nascto	09/04/1963 55	Atendimento	2.671.157
Sexo	Feminino	Dt. Início	19/01/2019 14:15
Telefone	999942880	Duração	121
Caracter. Cir.	Eletiva	Cirurgião	Gustavo de Souza Pereira
Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA	Anestesista	
Convênio	HUMANA SAUDE	Anestesia	Loc+Sedação
Observação			
Proced. Princ.	30717108 Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico		

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

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura	Quantidade: 1
2	Cirurgião Principal	2259	Gustavo de Souza Pereira	5680			
5	Anestesista	80997	Bruno Luis Soares Lima	4624			
6	Instrumentador	150580	POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO				
7	Circulante	456525	SHIRLEY GLAYCILLENA DE	1325			

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achatos operatórios

Cirurgia

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 ANTISSEPSE E ASSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 VIA DE ACESSO PARA A CLAVÍCULA
 DIVULSÃO POR PLANOS
 NEUROLISE DO NERVO SUPRACLAVICULAR
 IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA
 REDUÇÃO DA CUNHA INTERMEDIÁRIA
 FIXAÇÃO COM PARAFUSO DE TRAÇÃO
 APOSIÇÃO DE PLACA DCP ANTERIOR MOLDADA DE 3,5 MM
 FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
 CONFERIDA ESTABILIZAÇÃO ADEQUADA À ESCOPIA
 IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO
 REVISÃO DA HEMOSTASIA
 FECHAMENTO POR PLANOS
 CURATIVOS ESTÉREIS
 RA

Dr. Gustavo de Souza Pereira
 Ortopedista - Traumatologista
 Especialista em Unho e Cotovelo
 CRM-PI 5680; TEOT: 13239

Dr. Bruno Luis Soares Lima
 Anestesiologista
 CRM-PI 4624


Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680



CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
Data Nasc: 09/04/1963
Idade: 55 anos
Sexo: Feminino
Convênio: HUMANA SAUDE
Cód. usuário: 074200707
Atendimento: 2671157
Prontuário: 230975

Dt. Entrada: 19/01/2019
Sefor: Centro Cirúrgico 01 - PMA
Cir. Realizada: Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -
Cirurgião: Gustavo de Souza Pereira
Anestesista: Bruno Luis Soares Lima
Início cirurgia: 19/01/2019 14:15:00
Fim cirurgia: 19/01/2019 16:15:36
Cirurgia: 49316

Participantes

Função	Participante	Código prof.
Anestesista	Bruno Luis Soares Lima	4624
Cirulante	SHIRLEY GLAYCILLENA DE	13257(FICTICIO)
Cirurgião Principal	Gustavo de Souza Pereira	5680
Instrumentador	POLIANA DE OLIVEIRA	
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Bisturi Elétrico - PMA	1	POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO	
Capnógrafo - PMA	1		
Carro de anestesia - PMA	1		
Monitor cardíaco - PMA	1		
Perfurador Elétrico - PMA	1		
Stimuplex - PMA	1		
ULTRASSOM - PMA	1		
Ventilador - PMA	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof.
19/01/2019 14:25	19/01 14:53	Técnico de			POLIANA DE	
Paciente admitido no Centro Cirurgico para realizar procedimento de Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico, consciente, orientado, fasico, deambulando, procedente de sua residencia, veio acompanhado de familiares.paciente diabetica, nega hipertensão e alergias. Paciente veio com acesso, realizado anestesia bloqueio+geral, pelo Dr.Bruno, e iniciado procedimento cirurgico por.Dr.Gustavo.ficha de internacao+prontuario em anexos.						
19/01/2019 16:48	19/01 16:49	Técnico de			POLIANA DE	
TERMINO DO PROECEDIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA SOB EFEITO DA ANESTESIA BLOQUEIO+GERAL PELO DR.BRUNO,E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.						

Eventos

Início	Evento	Profissional	Código prof.
14:10	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:15	Entrada do paciente na sala cirúrgica	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:20	Início da Anestesia	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:25	Início do procedimento cirúrgico	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:15	Fim do procedimento cirúrgico	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:46	Término da anestesia	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:47	Encaminhamento p/ SRPA	POLIANA DE OLIVEIRA	

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Porte	Qt	Classificação	Laudo
Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico			1		

SHIRLEY GLAYCILLENA DE ARAUJO MELO
Circulante

PRONTOMED ADULTO

SANTA MARIA CARVALHO E SILVA

Data Naso: 09/04/1963

Dr(a) GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA

Data Entrada: 18/01/2019

Prontuario: 230975

Atendimento: 2671157

HUMANA SAUDE



FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA - II

DATA 19/01/19

CONVÊNIO

H. Saúde

PRONTUÁRIO

230975

APTO.

LEITO

PROCEDIMENTO

Fratura Fechada

CIRURGIÃO

Gustavo

INSTRUMENTADOR (A)

Poliana

CIRCULANTE

Shirley

ANESTESIOLOGISTA

Bruno

BRACON DURAUM

Stimuplex® A
Stimulated Needle

Stimuplex Dia RC
11/12 nerve stimulators

(GTIN: 04022495101303)

22G x 2"
0.70 x 50mm

2023-02-19

2018-02-19

0315



LOT 10010

Small

Filtro e Umidificador Respiratorio DAR com Cateter Mount

CODIGO	QUANTIDADE	LOTE/SERIE	VALIDADE
352/9855	1	17C0012FAX	01/03/2022
Produto Médico Hospitalar. Estéril. Esterilizado por Óxido de Etileno. Fabricante recomenda uso único. Armazenar a transportar em temperatura ambiente, em local seco e arejado. Produto a ser utilizado sob prescrição médica e/ou sob controle médico. Não utilize caso a embalagem esteja violada ou danificada.		Fabricado por: Corvitan de Lá Hospitais de Hartford, MA 02148, EUA Registrado e Importado por: Auto Sutura do Brasil Ltda. Av. Jornalista Roberto Marinho, RS 11 Andar CEP-04576-010 São Paulo-SP CNPJ: 06.458.409/0001-28 Responsável Técnico: Silvia E. Barroga de Sousa CREA/SP: 0062488227	
Reg. ANVISA nº: 10349000321 VERSÃO: 008 SAC: 0800-7026843		7 898459 013466	

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Data/Nasc: 09/04/1963 55 Anos

Sexo: F

Telefone: 999942880

Procedimento Principal: Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento

Médico Cirurgião: Gustavo de Souza Pereira

Médico Anestesista: Bruno Luis Soares Lima

Atendimento: 2.671.157

Prontuário: 230975

Convênio: HUMANA SAUDE

Dt. Prevista: 19/01/2019 13:30

Data Real: 19/01/2019 14:15

Duração: 60

Cirúrgia N°: 49316

Medicamentos	Unidad. Medid.	Quantidade
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	amp	1
Água Destilada Estéril Frasco C/ 500 mL	Fr	2
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	amp	1
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Efortil Inj. Ap (10mg -1 mL)	amp	1
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	amp	1
Naropin Inj. (AM 10MG-10ML)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Propofol 10mg/mL Inj. 20 mL	FA	1
Prostigmine 0,5 mg Inj. Ap c/ 1ml	amp	4
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	ml	60
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sufentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 5 mL	amp	1
Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1ml)	amp	3

Materiais	Unidad. Medid.	Quantidade
Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	un	1
Aguilha 30x8 Desc.	un	1
Aguilha 40x12 Desc.	un	1
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)	Ri	2
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	20
Eletrodo Descartável	un	5
Filtro Bacteriano Adulto p/ Respirador	un	1
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pct	8
Lâmina Bisturi N:15 Feather	un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocryl 3-0 Y936 H	env	1
Mononylon 2-0 1215 T	env	1
SCALP ASEPTO 25G	un	1
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
SERINGA S/AG.20ML	un	3
SERINGA S/AG.20ML	un	1
Sonda Asp. Traqueal 14	un	1
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
Transofix	un	1
Tubo Endot. C/cuff 7,5	un	1
Vicryl 2-0 J351H	env	1

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
 Data Nascimento: 09/04/1963
 Idade: 55 anos
 Sexo: Feminino
 Convênio: HUMANA SAUDE
 Cód. usuário: 074200707
 Atendimento: 2671157
 Prontuário: 230975

Qt. Entrada: 19/01/2019
 Setor: Sala de Espera - PMA
 Cir. Realizada: Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -
 Cirurgião: Gustavo de Souza Pereira
 Anestesiologista: Bruno Luis Soares Lima
 Tipo anestesia: Loc+Sedação
 Início cirurgia: 19/01/2019
 Fim cirurgia: 19/01/2019

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Vel./dose/ Medida	Ha Insp.	Dose total	Bolus	Início	Fim
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500)	1/ Bolsa		S	14:21	
Ropivacaína Inj. (AM 10 MG - 10 ML)	Ropivacaína Inj. (AM 10 MG - 10 ML)	1/ Ampola		S	14:21	
Atropina 0,25mg Inj. Ampola C/ 1ml	Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1ml)	1/ Ampola		S	16:12	
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1/ Frasco		S	14:27	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2/ Frasco		S	14:28	
Decadron 4mg/ml Inj. Frasco - Ampola C/ 2	Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2/5 ml)	1/ Frasco		S	14:25	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2- Litros por minuto		N	14:18	16:42
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	1/ Ampola		S	16:10	
Prostigmine 0,5mg/ml-1ml	Prostigmine 0,5 mg Inj. Ap c/ 1ml	4/ Ampola		S	16:08	
Diprivan 10 mg/mL Inj. 20mL	Diprivan 10 mg/mL Inj. 20mL	1/ Frasco		S	14:18	
Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	1/ Ampola		S	14:16	
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	60/ Mililitros		N	14:17	16:13
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. p-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2/ Ampola		S	16:06	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	Sat O ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mm	°C	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
6:30 Sinusal	70	110	78	88	15		98						
6:45 Sinusal	73	110	78	88	15		98						
6:00 Sinusal	73	110	80	90	15		98						
6:45 Sinusal	73	112	80	90	15		98						
6:30 Sinusal	75	112	80	90	15		98						
6:15 Sinusal	78	112	80	90	15		98						
6:10 Sinusal	78	125	80	95	15		98						
6:55 Sinusal	80	125	80	95	15		98						
6:40 Sinusal	82	125	80	95	15		98						
6:30 Sinusal	85	125	80	95	15		98						
6:20 Sinusal	85	130	80	96	15		98						

Descrição da técnica anestésica

Técnica	Profissional
Anestesia Geral	Bruno Luis Soares Lima
Bloqueio de Plexo Braquial	Bruno Luis Soares Lima

Descrição
Anestesia
Anamnese
revisão de prontuário
monitorização
sedação com midazolam e sufentanil
bloqueio de plexo braquial via supraclavicular com uso de ugs e estimulador de nervo periférico

Bruno Luis Soares Lima
 Bruno Luis Soares Lima
 Anestesiologista
 CRM-PI 4624

Impresso em 19/01/2019 18:05:53

Dr. Bruno Luis Soares Lima (CRM 4624)

Página 1
 Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Setor: Centro Cirúrgico 01 - PMA

WATE61440
 ESPER

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

posição olfativa
pré oxigenação
TOT 7,5 c/c
suporte clínico
encaminhado a SRPA hemodinamicamente estável st 98%

Descrever aqui a tecnica

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Qtda consumo	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0
Cefazolina 1g Inj.	2 FA	2 FA	0
Cloreto De Sódio 0.9% Inj. Ampola C/ 10	29 ml	2.9 amp	0
Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 FA	1 FA	0
Dipirona Sodica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2 amp	2 amp	0
Diprivan 10 mg/mL Inj. 20 mL	1 FA	1 FA	0
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	1 amp	1 amp	0
Prostigmine 0.5 mg Inj. Ap c/ 1ml	4 amp	4 amp	0
Ropivacaína Inj. (AM 10 MG-10 ML)	1 amp	1 amp	0
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	60 ml	60 ml	0
Soro Fisiológico 0.9% Ecoflac Frsc (500	1 Bc	1 Fr	0
Soro Fisiológico 0.9% Miniflac Frsc (100	200 ml	2 Fr	0
Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1m	1 amp	1 amp	0

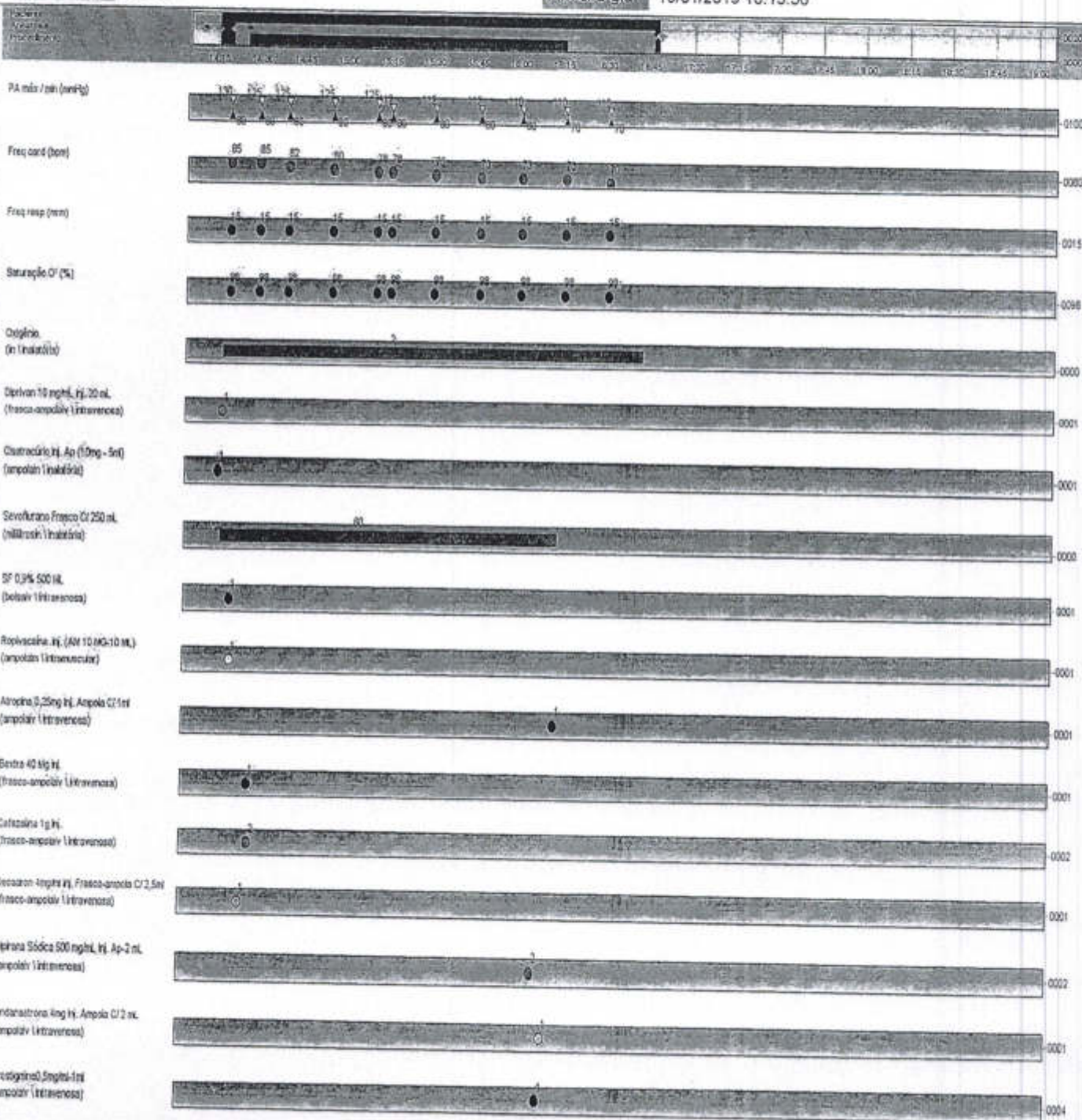
Bruno Lima
Bruno Luis Soares Lima
Assistente

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
 Data Nasc: 09/04/1963
 Idade: 55 anos
 Sexo: Feminino
 Convênio: HUMANA SAUDE
 Código: 074200707
 Atendimento: 2671157
 Prontuário: 230975

DI Entrada: 19/01/2019
 Setor: Sala de Espera - PMA
 Cir Realizada: Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -
 Cirurgião: Gustavo de Souza Pereira
 Anestesista: Bruno Luis Soares Lima
 Tipo Anestesia: Loc+Sedação
 Início Cirurgia: 19/01/2019 14:15:00
 Fim Cirurgia: 19/01/2019 16:15:36



Impresso em 19/01/2019 18:05:57

Dr. Bruno Luis Soares Lima (CRM 4624)

Página 1

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Centro Cirúrgico 01 - PMA

WATE66008

ESPE

Bruno Luis Soares Lima
 Bruno Luis Soares Lir
 Anestesiologista
 CRM-PI 4624



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



2671157

Paciente: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
Nascimento: 09/04/1963 55a 9m 10d **Peso**
Data Entrada: 19/01/2019 13:04:04
Médico Resp: **Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)**
Prescritor: **Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)**
Setor: **Sala de Espera - PMA**
CID: **M25.5 Dor articular**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: **2.671.157** Prontuário: **230.975**
Convênio: **HUMANA SAUDE / APARTAMENTO**
Liberação: 19/01/2019 14:23:27 Prescrição: **2108073**
Data Prescr: **19/01/2019 14:20:00**
Validade: **19/01/2019 15:00:00 / 20/01/2019 14:59:59**
Leito/Quarto: ***ESPERA 02**

Cinderela

Dietas: Dose: Intervalo:

LIVRE

Claudia ciente 18:47

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via	Horários
1 Soro Glico-Fisiológico Ecoflac Frsc (500 ml)	1°	1 Frasco 8/8 h. IV	22:06 (14)
Administrar 500 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)			
Observação:			
7 KEFAZOL 1G INJ.	1°	1 Frasco-ampola 6/6 h. IV	18:00 (06) 12
Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 10 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)			
Observação:			
9 Zofran Inj. Ap (8mg - 4 ml)		1 Ampola ACM IV	
Separar 4 Mililitros do medicamento em 20 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 24 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)		1 Ampola 4/4 h. IV	16:20 100 04 08 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (4/4 h. Intravenosa)			
Observação:			
Profenid Iv Fr 100mg Inj.		1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV	22:10
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
13 Lexotan 3mg Cp.		1 Comprimido 1x Noite VO	20
Observação:			
Pantoprazol Cp (40 mg)		1 Comprimido Antes Cafe 6h - Manhã VO	06
Observação:			

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 RX Clavícula	1 Vez	15	
2 Curativo Médio Porte	1x Manhã	10	

Dr. Gustavo de Souza Pereira
CRM 5680



PRONTOMED ADULTO
Prescrição Eletrônica Paciente



2671157

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
Nascimento: 09/04/1963 55a 9m 10d Peso
Data Entrada 19/01/2019 13:04:04
Médico Resp **Dr. Gustavo de Souza Pereira (CRM 5680)**
Prescritor **Elson Gomes de Castro (CRM 6813)**
Setor **Posto Princesas - PMA - 5º andar**
CID **M25.5 Dor articular**

Atendimento **2.671.157** Prontuário **230.975**
Convênio **HUMANA SAUDE / APARTAMENTO**
Liberação 19/01/2019 21:47:40 Prescrição **2108544**
Data Prescr. **19/01/2019 21:46:00**
Validade 19/01/2019 22:00:00 / 20/01/2019 14:59:59
Leito/Quarto **CINDERELA**

Diretor Técnico Médico:

Medicamentos

D Dose / Intervalo / Via

Horários

12 Bextra Inj. Fa (40mg)

1 Frasco-ampola Agora. IV

21:47

Reconstituir cada Frasco-ampola em 2 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
Separar 2 Mililitros da reconstituição em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 102 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtd / Intervalo

Horários

Material

1 HGT

6/6 h.

22/1/2019 21:48:00

Nível Inicial	Nível	Insulina	Glicose IV	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

Elson Gomes de Castro
CRM 6813



PRONTOMED ADULTO
Sumário de alta/Transferência

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Atendimento	2.671.157	Prontuário	230.975
Data Nasc.	09/04/1963 55 Anos	Dt. Entrada	19/01/2019 13:04:04		
Sexo	Feminino	Convênio	HUMANA SAUDE		
Setor	Posto Princesas - PMA - 5º andar	Apartamentos	CINDERELA		

Data Alta	20/01/2019 12:16:46	Tipo Sumário	Alta
Profissional	GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA		
Motivo Alta	Alta médica		
Setor			
Responsável Alta	GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA		
Necrópsia			
Causa da Morte			

Dr. Gustavo de Souza Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 15000, TEUT 10203



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

19/01/19 - 20/01/19

2071157

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Arredmatório	2071157
Data Nascimento	08/04/1963 55 Anos Sexo Feminino	Profissional	230975
Exatidão	AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Tereza	Data Entrada	18/01/2019 13:04
Exatidão	HUMANA SAUDE	Data Alta	20/01/2019 12:20
Sector Atendimento	Ponto Processos - PMA - 5º andar	Procedência	Pronto Socorro
Unidade		Unidade	CINDERELA

DATA	HORA	FR	FC	PA	PV	Temp	SO	Profissional
18/01/2019 14:20	14	15	85	130 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 14:20	15	15	85	125 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 14:40	15	15	82	125 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 14:55	15	15	80	125 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 15:10	15	15	78	125 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 15:15	15	15	78	112 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 15:30	16	15	75	112 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 15:45	16	15	73	110 / 80				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 16:15	16	15	73	110 / 78				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 16:30	17	15	70	110 / 78				96 Bruno Luis Soares Lima - 4024
18/01/2019 22:00	22							MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA - 96
18/01/2019 23:35	0	20	78	120 / 70		36.2		MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA - 96
20/01/2019 04:00	4							MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA - 96

18/01/2019 14:25 POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO Enfermagem - Evolução

Paciente admitido no Centro Cirurgico para realizar procedimento de Fraturas E/O Luxações E/O Avulsões - Tratamento Cirurgico, consciente, orientado, tascio, desambulando, procedente de sua residencia, veio acompanhado de familiares paciente diabética, nega hipertensão e alergias. Paciente veio com acesso, realizado anestesia de bloqueio+geral pelo Dr. Bruno, e iniciado procedimento cirurgico por Dr. Gustavo Ichna de internacao+prontuario em anexo.

18/01/2019 16:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS | 19/01/2019 16:00:00 |

18/01/2019 16:48 POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO Enfermagem - Evolução

TERMINO DO PROCEDEIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA SOB EFEITO DA ANESTESIA BLOQUEIO+GERAL PELO DR BRUNO E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

19/01/2019 16:53 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS Enfermagem - Evolução

Paciente admitida na SRPA no POI de FRATURAS E/O LUXAÇÕES E/O AVULSÕES, sob efeito de anestesia BLOQUEIO+GERAL, consciente, orientada, eupneica, respondendo a dialogo, monitorizada, SSVV estáveis, AVF funcionando em MSE, saturando 93% respirando sem aporte de oxigênio, nega HAS e alergias relatadas ser diabética, sem queixas algicas no momento e segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

19/01/2019 18:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Ketazol 1g Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS | 19/01/2019 18:00:00 |



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

19/01/19 - 20/01/19

2071157

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Arredmatório	2071157
Data Nascimento	08/04/1963 55 Anos Sexo Feminino	Profissional	230975
Exatidão	AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Tereza	Data Entrada	18/01/2019 13:04
Exatidão	HUMANA SAUDE	Data Alta	20/01/2019 12:20
Sector Atendimento	Ponto Processos - PMA - 5º andar	Procedência	Pronto Socorro
Unidade		Unidade	CINDERELA

18/01/2019 16:28 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA DAVIS Enfermagem - Evolução

Paciente reavaliada pelo anestesta recuperada na srpa e encaminhada para raios e em seguida para apartamento somente com prontuario.

18/01/2019 18:48 MARIA EDUARDO CUNHA OLIVEIRA Anotações de Enfermagem

RECEBO PCT NESSE SETOR DE INTERNACAO 5º PRINCIPES APT CINDERELA PROVENIENTE DA SRPA SEQUE COM HD DE : POI FRATURA OU LUXAÇÕES (CLAVICULA) , CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE O², AVF FUNCIONANTE, DIETA LIVRE, ALEGA DM, ALEGRICA A TRAMAL, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. ADRIANA VALENTE

18/01/2019 19:30 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem

PACIENTE SEQUE EM REPOUSO NO LETO COM HD : POI FRATURA OU LUXAÇÕES (CLAVICULA) , CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, AFEIRIL, NORMOTENSA, EUPNEICA, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE O², AVF FUNCIONANTE, DIETA LIVRE, ALEGA DM, ALEGRICA A TRAMAL, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

18/01/2019 20:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 19/01/2019 20:00:00 |

19/01/2019 20:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Lexotan 3mg Op. | Dose: 1 cp | Via: VO | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 19/01/2019 20:00:00 |

18/01/2019 22:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Profenid Iv Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 19/01/2019 22:00:00 |

18/01/2019 22:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Anotações de Enfermagem

Administrado medicamento: Soro Glico-Fisiológico Ecofiac Frac (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 19/01/2019 22:00:00 |



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

19/01/19 - 20/01/19



2671157

Nome	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Assistência	2671157
Data Nascimento	09/04/1963 55 Anos Sexo Feminino	Portador	230975
Evidência	AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Tereina	Data Entrada	19/01/2019 13:04
Comentário	HUMANIA SAUDE	Data Alta	20/01/2019 12:30
Sector Alarg	Posto Privatas - PMA - 5º andar	Procedência	Promo Socorro
		Unidade	CHOCRELA

prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 19/01/2019 22:00:00 |

Anotações de Enfermagem

19/01/2019 22:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 183MG/DL, FEITO CORREÇÃO COM 2UI

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 08:03 JULIANA RODRIGUES LIMA

Administrado medicamento: Diphona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | JULIANA RODRIGUES LIMA | 20/01/2019 00:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 00:03 JULIANA RODRIGUES LIMA

Administrado medicamento: Diphona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | JULIANA RODRIGUES LIMA | 20/01/2019 00:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 04:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

REALIZADO GLICEMIA CAPILAR: 168MG/DL

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 04:00 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Administrado medicamento: Diphona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 20/01/2019 04:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 06:03 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Administrado medicamento: Soro Glico-Fisiológico Ecoflac Frsc (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 20/01/2019 06:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 06:03 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Administrado medicamento: Keftazol 1g Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 20/01/2019 06:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 06:03 MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

Administrado medicamento: Paracetamol Cp (40 mg) | Dose: 1 cp | Via: VO | Da prescrição: 2108073 | MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA | 20/01/2019 06:00:00 |



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

19/01/19 - 20/01/19



2671157

Nome	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Assistência	2671157
Data Nascimento	09/04/1963 55 Anos Sexo Feminino	Portador	230975
Evidência	AV JACOB ALMEIDA - POR ENQUANTO Tereina	Data Entrada	19/01/2019 13:04
Comentário	HUMANIA SAUDE	Data Alta	20/01/2019 12:30
Sector Alarg	Posto Privatas - PMA - 5º andar	Procedência	Promo Socorro
		Unidade	CHOCRELA

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 07:33 WEDINA CASSIA FERREIRA DA SILVA

Paciente evolui em repouso no leito no PO DE FRATURA OU LUXAÇÕES DA CLAVICULA,consciente, orientada,tasica,respitando espontaneamente sem aporte de O₂,dieta VO com boa aceitação,durese presente e espontânea,segue aos cuidados da enfermagem.

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 08:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS

Administrado medicamento: Diphona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS | 20/01/2019 08:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 10:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS

Administrado medicamento: Profenid Iv Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS | 20/01/2019 10:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 10:30 WEDINA CASSIA FERREIRA DA SILVA

Realizado curativo em FO com aspecto limpo e seco utilizado 01 par de luva de procedimento + 01 par de luva esteril n°7,0 + 02 pacote de gaze + sf 0,9% 50ml + 01 transfix + 35cm de fita microporosa.

Realizado limpeza em escotões com 01 pacote de gaze + 20ml de AGE + 01 par de luva de procedimento.

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 12:30 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS

Administrado medicamento: Keftazol 1g Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS | 20/01/2019 12:00:00 |

Anotações de Enfermagem

20/01/2019 12:00 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS

Administrado medicamento: Diphona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 2108073 | WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS | 20/01/2019 12:00:00 |

Anotações de Enfermagem - Evolução

20/01/2019 12:30 WILMA FERREIRA DE SOUSA CAMPOS

RECEBEU VISITA DO MEDICO ASSISTENTE COM MELHORA SEGUE DE ALTA HOSPITALAR.



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM



2671157

19/01/19 - 20/01/19

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA				Matrícula	2071157
Data Nascido	09/04/1953	55 Anos	Sexo	Feminino	Inscrição	220975
Endereço	AV JACOB ALMEIDA - POB ENQUANTO Teresina				Data Exatada	19/01/2019 13:04
Conteúdo	HUMANIA SAUDE				Data Atual	20/01/2019 12:30
Sócio Aluno	Ponto Process - PMA - 5º andar				Unidade	CINDELA
	Procedência				Ponto Secreto	

Diagnósticos		Classificação		Pré-Exatada	
Código	Descrição	Definitivo		Guilherme de Souza Pereira - 5680	
1901/2019	M25.5 Dor articular				

Medicamentos		Horário	Dose	Via	ACM	BN	Execução	Comentário
Soro Glico-Fisiológico Escobar		19/01/19 22:37:19		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Soro Glico-Fisiológico Escobar		20/01/19 06:03:05		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Dipirona Sódica Inj Ap		19/01/19 17:27:14		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	55555
Dipirona Sódica Inj Ap		19/01/19 22:36:45		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Dipirona Sódica Inj Ap		20/01/19 01:03:32		1 IV			JULIANA RODRIGUES LIMA	
Dipirona Sódica Inj Ap		20/01/19 06:03:01		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Dipirona Sódica Inj Ap		20/01/19 12:18:30		1 IV			WILMA FERREIRA DE	
Dipirona Sódica Inj Ap		20/01/19 12:18:15		1 IV			WILMA FERREIRA DE	
Prednisona IV Fr 100mg Inj		19/01/19 22:37:00		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Prednisona IV Fr 100mg Inj		20/01/19 12:18:40		1 IV			WILMA FERREIRA DE	
antroparazol Cp (40 mg)		20/01/19 06:03:11		1 VO			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
KEFAZOL 1G INJ.		19/01/19 18:15:58		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	55555
KEFAZOL 1G INJ.		20/01/19 01:03:19		1 IV			JULIANA RODRIGUES LIMA	
KEFAZOL 1G INJ.		20/01/19 06:03:08		1 IV			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
KEFAZOL 1G INJ.		20/01/19 12:19:03		1 IV			WILMA FERREIRA DE	
Lexotan 3mg Cb.		19/01/19 22:36:51		1 VO			MARIA DA CONCEIÇÃO DA	
Central								
Protocolo de Insulina								
DI glicemia	DI glicemia	DI insulina	DI glicose	Comentário	Sugestão			
19/01/2019 22:00:25	183.00	2.0	0.0		APLICAR 2UI 9C BOM SE GLUCEMIA ENTRE 180-200 mg/dL			

Protocolo de insulina					Especialidade
DI contínuo	DI glicemia	DI insulina	DI glicosse	Concentração	
19/01/2019 22:00:25	183,00	2,0	0,0		APLICAR 2 UI - 8C 80C 8E GLUCEMIA ENTRE 180-200 mg/dL

Descrição Cirurgia

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA		Cirurgia	49.316	
Prontuário	230.975		Prescrição	2.107.979	
Dt. Nascto.	09/04/1963	55	Atendimento	2.671.157	
Sexo	Feminino		Dt. Início	19/01/2019 14:15	Dt. Término 19/01/2019 16:15
Telefone	999942880		Duração	121	
Carácter Cir.	Eletiva		Cirurgião	Gustavo de Souza Pereira	
Setor	Centro Cirúrgico 01 - PMA		Anestesista		
Convênio	HUMANA SAUDE		Anestesia	Loc+Sedação	
Observação					
Proced Princ.	30717108 Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico				

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

Quantidade: 1

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	2259	Gustavo de Souza Pereira	5680		
5	Anestesista	80997	Bruno Luis Soares Lima	4624		
6	Instrumentador	150580	POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO			
7	Circulante	456525	SHIRLEY GLAYCILLENA DE	1325		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
 ANTISSEPSE E ASSEPSE
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 VIA DE ACESSO PARA A CLAVÍCULA
 DIVULSÃO POR PLANOS
 NEUROLISE DO NERVO SUPRACLAVICULAR
 IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA
 REDUÇÃO DA CUNHA INTERMEDIÁRIA
 FIXAÇÃO COM PARAFUSO DE TRAÇÃO
 APOSIÇÃO DE PLACA DCP ANTERIOR MOLDADA DE 3,5 MM
 FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
 CONFERIDA ESTABILIZAÇÃO ADEQUADA À ESCOPIA
 IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO
 REVISÃO DA HEMOSTASIA
 FECHAMENTO POR PLANOS
 CURATIVOS ESTÉREIS
 RA

Dr. Gustavo de Souza Pereira
 Ortopedista e Traumatologista
 Especialista em Ombro e Cotovelo
 CRM-PI 56087 REG. 13233

Dr. Bruno Luis Soares Lima
 Anestesiologista
 CRM-PI 4624

Sig. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação


Dr. Gustavo da Souza Pereira
CRM 5680



CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
Data Nascto 09/04/1963
Idade 55 anos
Sexo Feminino
Convênio HUMANA SAUDE
Cód usuário 074200707
Atendimento 2671157
Prontuário 230975

Dt. Entrada 19/01/2019
Setor Centro Cirúrgico 01 - PMA
Cir Realizada Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -
Cirurgião Gustavo de Souza Pereira
Anestesista Bruno Luis Soares Lima
Início cirurgia 19/01/2019 14:15:00
Fim cirurgia 19/01/2019 16:15:36
Cirurgia 49316

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Bruno Luis Soares Lima	4624
Circulante	SHIRLEY GLAYCILLENA DE	1325 (FICTÍCIO)
Cirurgião Principal	Gustavo de Souza Pereira	5680
Instrumentador	POLIANA DE OLIVEIRA	
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Bisturi Elétrico - PMA	1	POLIANA DE OLIVEIRA FRAZAO	
Capnógrafo - PMA	1		
Carro de anestesia - PMA	1		
Monitor cardíaco - PMA	1		
Perfurador Elétrico - PMA	1		
Stimuplex - PMA	1		
ULTRASSOM - PMA	1		
Ventilador - PMA	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/01/2019 14:25	19/01 14:53	Técnico de			POLIANA DE	
Paciente admitido no Centro Cirurgico para realizar procedimento de Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico, consciente, orientado, fasico, deambulando, procedente de sua residencia, veio acompanhado de familiares.paciente diabética, nega hipertensão e alergias. Paciente veio com acesso, realizado anestesia bloqueio+geral,pelo Dr.Bruno, e iniciado procedimento cirurgico por.Dr.Gustavo.ficha de internacao+prontuario em anexos.						
19/01/2019 16:48	19/01 16:49	Técnico de			POLIANA DE	

TERMINO DO PROECEDIMENTO PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA SOB EFEITO DA ANESTESIA BLOQUEIO+GERAL PELO DR.BRUNO,E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Eventos

Início	Evento	Profissional	Código prof
14:10	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:15	Entrada do paciente na sala cirúrgica	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:20	Início da Anestesia	POLIANA DE OLIVEIRA	
14:25	Início do procedimento cirúrgico	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:15	Fim do procedimento cirúrgico	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:46	Término da anestesia	POLIANA DE OLIVEIRA	
16:47	Encaminhamento p/ SRPA	POLIANA DE OLIVEIRA	

Procedimentos/Serviços

Procedimento	Médico	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento Cirúrgico			1		

SHIRLEY GLAYCILLENA DE ARAUJO MELO
Circulante

PRONTOMED ADULTO
SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Data Nasc: 05/04/1983
Dr(a) GUSTAVO DE SOUZA PEREIRA
Data Entrada: 19/01/2019
Prontuário: 230975
Atendimento: 2671157
HUMANA SAUDE



FOLHA DE CONSUMO EM SALA CIRÚRGICA - II

DATA 19/01/19
CONVÊNIO
H. Saúde
PRONTUÁRIO
230975

APTO.

LEITO

PROCEDIMENTO

CIRURGIÃO

Gustavo

INSTRUMENTADOR (A)

Poliana

CIRCULANTE

Shirley

ANESTESIOLOGISTA

Bruno

BRAUN B BRAUN

Stimuplex® A
Stimulated Needle

Stimuplex Dia RC
TENS 11/12 nerve stimulators

(GTIN: 04022495101303)

22G x 2"

0.70 x 50mm

2023-02-19

2018-02-19

0215



LOT 10210

Small
Filtro e Umidificador Respiratório DAR com Cateter Mount

CODIGO	QUANTIDADE	LOTE/SERIE	VALIDADE
352/9855	1	17C0012PAX	01/03/2022
Produto Médico Hospitalar. Estéril. Esterilizado por Óxido de Etileno. Fabricante recomenda uso único. Armazenar e transportar em temperatura ambiente, em local seco e arejado. Produto a ser utilizado sob prescrição médica e/ou sob controle médico. Não utilize caso a embalagem esteja violada ou danificada.		Fabricado por: Coraden R. LS Hampshire Street Haverhill, MA 02448, EUA Registrado e Importado por: Auto Future do Brasil Ltda. Av. Jornalista Roberto Marinho, 88 11 Andar CEP: 04578-010 São Paulo-SP CNPJ: 01.648.408/0001-26 Responsável Técnico: Sônia C. Machado de Souza CREA/SP: 5063418227	
Reg. ANVISA nº: 1034800331 VERSÃO: 008 SAC: 0800-7026843		7 698459 813466	



Prescrição Centro Cirúrgico

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**

Atendimento **2.671.157**



Data Nasc. 09/04/1963 55 Anos

Prontuário 230975

Sexo F

Convênio HUMANA SAUDE

Telefone 999942880

Dt. Prevista 19/01/2019 13:30

Procedimento Principal Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões - Tratamento

Data Real 19/01/2019 14:15

Médico Cirurgião Gustavo de Souza Pereira

Duração 60

Médico Anestesiista Bruno Luis Soares Lima

Cirurgia Nº 49316

Medicamentos	Unidad. Medid.	Quantidade
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	amp	1
Água Destilada Estéril Frasco C/ 500 mL	Fr	2
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	amp	1
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Efortil Inj. Ap (10mg -1 mL)	amp	1
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	amp	1
Naropin Inj. (AM 10MG-10ML)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Propofol 10mg/mL Inj. 20 mL	FA	1
Prostigmine 0,5 mg Inj. Ap c/ 1ml	amp	4
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	ml	60
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sufentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 5 mL	amp	1
Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1ml)	amp	3

Materiais	Unidad. Med.	Quantidade
Aguilha Stimuplex A50 G-22x2	un	1
Aguilha 30x8 Desc.	un	1
Aguilha 40x12 Desc.	un	1
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Roio)	Rl	2
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	20
Eletrodo Descartável	un	5
Filtro Bacteriano Adulto p/ Respirador	un	1
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pct	8
Lâmina Bisturi N:15 Feather	un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocryl 3-0 Y936 H	env	1
Mononylon 2-0 1215 T	env	1
SCALP ASEPTO 25G	un	1
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
SERINGA S/AG.20ML	un	3
SERINGA S/AG.20ML	un	1
Sonda Asp. Traqueal 14	un	1
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
Transofix	un	1
Tubo Endot. C/cuff 7,5	un	1
Vicryl 2-0 J351H	env	1

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	SONIA MARIA CARVALHO E SILVA	Dt. Entrada	19/01/2019
Data Nasci	09/04/1963	Setor	Sala de Espera - PMA
Idade	55 anos	Cir Realizada	Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -
Sexo	Feminino	Cirurgião	Gustavo de Souza Pereira
Convênio	HUMANA SAUDE	Anestesista	Bruno Luis Soares Lima
Cód usuário	074200707	Tipo anest	Loc+Sedação
Afandimento	2671157	Início cirurgia	19/01/2019
Prontuário	230975	Fim cirurgia	19/01/2019

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

	Apresentação comercial	Vel / dose	Medida	Hal insp/	Dose total	Bolus	Início	Final
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1	Bolsa			S	14:21	
Ropivacaína Inj. (AM 10 MG- 10 ML)	Ropivacaína Inj. (AM 10 MG- 10 ML)	1	Ampola			S	14:21	
Atropina 0,25mg Inj. Ampola C/ 1ml	Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1m	1	Ampola			S	16:12	
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1	Frasco-			S	14:27	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2	Frasco-			S	14:28	
Decadron 4mg/ml Inj. Frasco-ampola C/ 2,	Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5 ml)	1	Frasco-			S	14:25	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2	Litros por minuto			N	14:18	16:42
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	1	Ampola			S	16:10	
Prostigmine 0,5mg/ml-1ml	Prostigmine 0,5 mg Inj. Ap c/ 1ml	4	Ampola			S	16:08	
Diprivan 10 mg/mL Inj. 20 mL	Diprivan 10 mg/mL Inj. 20 mL	1	Frasco-			S	14:18	
Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	Cisatracúrio Inj. Ap (10mg - 5ml)	1	Ampola			S	14:16	
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	60	Mililitros			N	14:17	16:13
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2	Ampola			S	16:06	

Sinais Vitais e Monitorização

	Ritmo	FC	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	Sat O ²	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
		bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	°C	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
16:30	Sinusal	70	110	78	88	15		98						
16:15	Sinusal	73	110	78	88	15		98						
16:00	Sinusal	73	110	80	90	15		98						
15:45	Sinusal	73	112	80	90	15		98						
15:30	Sinusal	75	112	80	90	15		98						
15:15	Sinusal	78	112	80	90	15		98						
15:10	Sinusal	78	125	80	95	15		98						
14:55	Sinusal	80	125	80	95	15		98						
14:40	Sinusal	82	125	80	95	15		98						
14:30	Sinusal	85	125	80	95	15		98						
14:20	Sinusal	85	130	80	96	15		98						

Descrição da técnica anestésica

Técnica		
	Técnica	Profissional
6:47	Anestesia Geral	Bruno Luis Soares Lima
6:47	Bloqueio de Plexo Braquial	Bruno Luis Soares Lima
Descrição		
ipo	Anestesia	
principal	Anamnese revisão de prontuário monitorização sedação com midazolam e sufentanil bloqueio de plexo braquial via supraclavicular com uso de ugs e estimulador de nervo periférico	 Bruno Luis Soares Lima Anestesiologista CRM-PI 4224

Diretor Técnico Médico:

posição olfativa
pré oxigenação
TOT 7,5 c/c
suporte clínico
encaminhado a SRPA hemodinamicamente estável st 98%

Descrever aqui a técnica

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Qtde consumo	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0
Cefazolina 1g Inj.	2 FA	2 FA	0
Cloreto De Sódio 0,9% Inj. Ampola C/ 10	29 ml	2,9 amp	0
Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	1 FA	1 FA	0
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	2 amp	2 amp	0
Diprivan 10 mg/mL Inj. 20 mL	1 FA	1 FA	0
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	1 amp	1 amp	0
Prostigmine 0,5 mg Inj. Ap c/ 1ml	4 amp	4 amp	0
Ropivacaina Inj. (AM 10 MG-10 ML)	1 amp	1 amp	0
Sevoflurano Frasco C/ 250 mL	60 ml	60 ml	0
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bs	1 Fr	0
Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100	200 ml	2 Fr	0
Sulfato de Atropina Inj. Ap (0,25mg - 1m	1 amp	1 amp	0

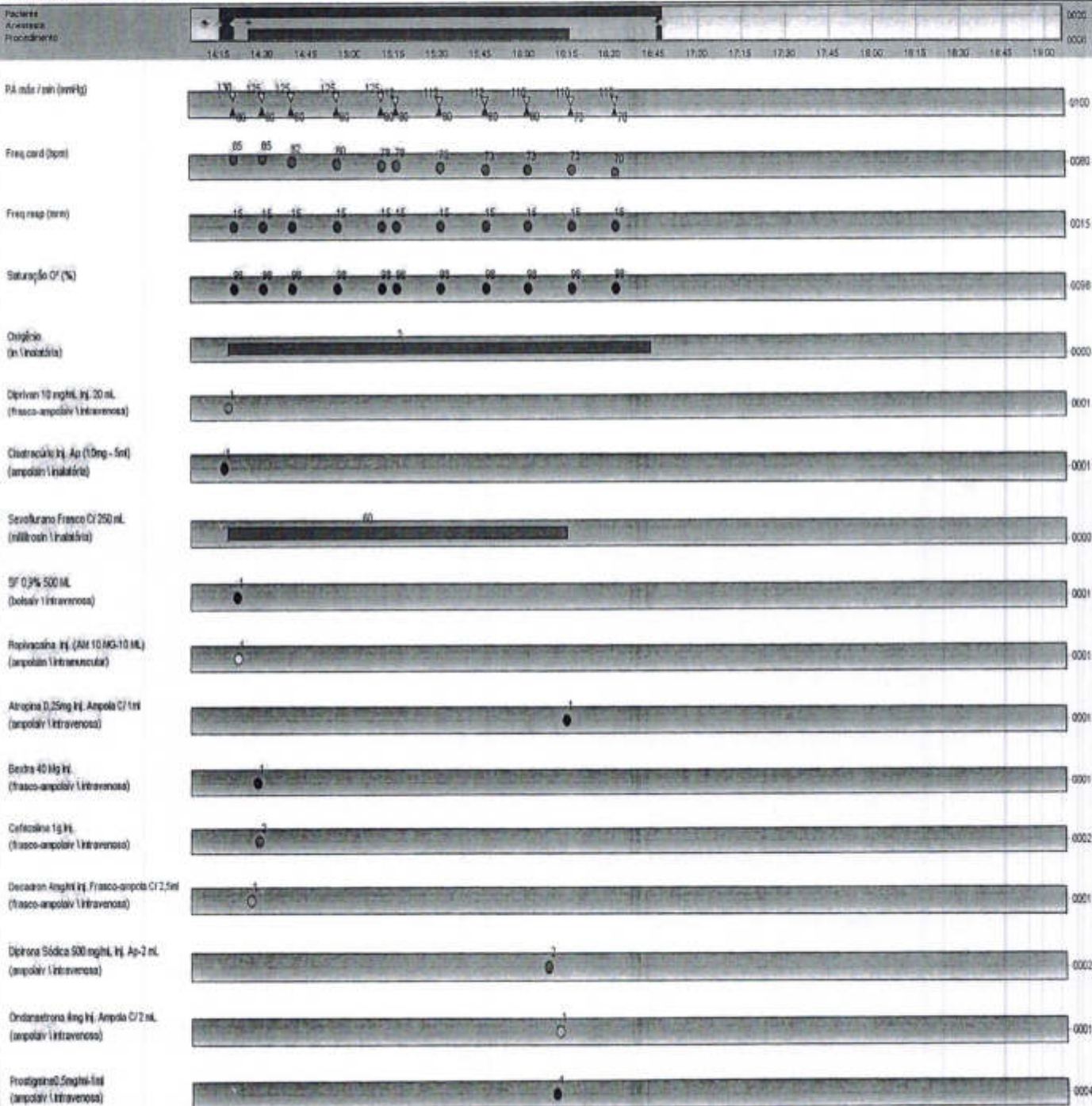
Bruno Lima
Bruno Luis Soares Lima
Anestesiologista

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**
 Data Nascto **09/04/1963**
 Idade **55 anos**
 Sexo **Feminino**
 Convênio **HUMANA SAUDE**
 Cód usuário **074200707**
 Atendimento **2671157**
 Prontuário **230975**

Dt. Entrada **19/01/2019**
 Setor **Sala de Espera - PMA**
 Cir Realizada **Fraturas E/Ou Luxações E/Ou Avulsões -**
 Cirurgião **Gustavo de Souza Pereira**
 Anestesiista **Bruno Luis Soares Lima**
 Tipo anestesia **Loc+Sedação**
 Início cirurgia **19/01/2019 14:15:00**
 Fim cirurgia **19/01/2019 16:15:36**



Impresso em 19/01/2019 18:05:57

Dr. Bruno Luis Soares Lima (CRM 4624)

Página 1

WATE66008

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Centro Cirúrgico 01 - PMA

ESPE

Bruno Lima
 Bruno Luis Soares Lir
 Anestesiologista
 CRM-PI 4624



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
 Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
 CPF: 21725667304
 Médico Solicitante: Gustavo de Souza Pereira
 Atendimento: 2719873 Prescrição: 2141011
 Data: 29/01/2019 17:47:15

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DO TÓRAX

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos antes e após contraste, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais e coronais.

Reconstrução VRT 3D

ACHADOS:

Consolidação parenquimatosa ovalada, parcialmente delimitada, com broncogramas aéreos de permeio, localizada no segmento anterior do lobo superior do pulmão direito, de contornos irregulares, com extensão hilar e pleural adjacente, apresentando moderado realce homogêneo após contraste, medindo cerca de 3,6 x 3,3 cm em seus maiores diâmetros axiais.

Consolidação parenquimatosa heterogênea, com broncogramas aéreos de permeio, localizada no segmento basal posterior do lobo inferior do pulmão direito.

Consolidações parenquimatosas "em faixa" no segmento lingular inferior do lobo superior e nos segmentos basais anterior e posterior do lobo inferior do pulmão esquerdo.

Nódulos sólidos, com densidade de partes moles, bem delimitados, localizados no segmento posterior do lobo superior e basal posterior do lobo inferior do pulmão direito e no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo, medindo cerca de 0,3 cm de diâmetro.

Traquéia e brônquios-fonte sem alterações.

Aorta e artérias pulmonares de trajeto e calibres normais.

Não se observam linfonodomegalias mediastinais ou hilares.

Fratura na diáfise clavicular direita fixada com placa e parafusos metálicos.

Fratura completa no arco anterior da 2ª costela direita.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. FRATURA COMPLETA NO ARCO ANTERIOR DA 2ª COSTELA DIREITA;
3. CONSOLIDAÇÃO PARENQUIMATOSA OVALADA, PARCIALMENTE DELIMITADA, LOCALIZADA NO SEGMENTO ANTERIOR DO LOBO SUPERIOR DO PULMÃO DIREITO, DE CONTORNOS IRREGULARES, COM EXTENSÃO HILAR E PLEURAL ADJACENTE, APRESENTANDO MODERADO REALCE HOMOGÊNEO APÓS CONTRASTE;
4. CONSOLIDAÇÃO PARENQUIMATOSA HETEROGÊNEA COM BRONCOGRAMAS AÉREOS DE PERMEIO, LOCALIZADA NO SEGMENTO BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO DIREITO, DE ASPECTO CONTUSIONAL E/OU INFLAMATÓRIO;
5. CONSOLIDAÇÕES PARENQUIMATOSAS "EM FAIXA" NO SEGMENTO LINGULAR INFERIOR DO LOBO SUPERIOR E NOS SEGMENTOS BASAIS ANTERIOR E POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO ESQUERDO, DE ASPECTO ATELECTÁSICO;
6. NÓDULOS SÓLIDOS, COM DENSIDADE DE PARTES MOLES, BEM DELIMITADOS, LOCALIZADOS NO SEGMENTO POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR E BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DO PULMÃO DIREITO E NO SEGMENTO ÁPICO-POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR DO PULMÃO ESQUERDO, DE ASPECTO INESPECÍFICO;
7. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Luciana Viana
 Dra. Luciana Viana
 CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
 Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4820
 E-mail: falecom@medimagem.com.br
 Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Data: 19/01/2019 11:10:18

RX DIGITAL DO TÓRAX (02 INC)

ACHADOS:

Pulmões: anatômicos.
Hilos e seios costofrênicos: íntegros.
Coração e pedículo vascular: com morfologia e diâmetros normais.
Mediastino: sem anormalidades radiológicas.
Fratura completa na diáfise média da clavícula direita.

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA DIREITA;
- 2.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dra. Luciana Viana
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Frederico Soares Lemos Martins
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107814
Data: 19/01/2019 13:43:36

RX DIGITAL DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura cominuta desalinhada da diáfise média da clavícula.
Aumento de volume e densidade de partes moles da fossa supraclavicular.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMINUTA DESALINHADA DA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA;
2. AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES DA FOSSA SUPRACLAVICULAR;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Bruno Eduardo Fernandes Cabral
CRM 5491



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Gustavo de Souza Pereira
Atendimento: 2671157 Prescrição: 2108073
Data: 19/01/2019 18:37:04

RX DIGITAL DA CLAVÍCULA DIREITA (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura da diáfise clavicular, fixada com placas e parafusos metálicos.
Redução difusa da densidade mineral óssea.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA DA DIÁFISE CLAVICULAR, FIXADA COM PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS;
- 2.REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
- 3.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Nilton Bandeira
Dr. Nilton Bandeira Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Frederico Soares Lemos Martins
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107814
Data: 19/01/2019 13:43:36

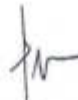
RX DIGITAL DA COLUNA TORÁCICA (02 INC)

ACHADOS:

Osteófitos marginais nos corpos vertebrais lombares.
Espaços discais: preservados.
Articulações interapofisárias, forames de conjugação e canal raquiano: com aparência radiológica normal.

CONCLUSÃO:

1. ESPONDILOSE LOMBAR;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Bruno Eduardo Fernandes Cabral
CRM 5491



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 55 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 2670691 Prescrição: 2107508
Data: 19/01/2019 11:10:18 19/01/2019 11:10:19

RX DIGITAL DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR + OMBRO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura completa na diáfise média da clavícula direita.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE MÉDIA DA CLAVÍCULA DIREITA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Luciana
Dra. Luciana Viana
CRM 2591



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
Dt. Nasc: 09/04/1963 Idade: 56 anos Sexo: Feminino RG: 505895 SSP PI
CPF: 21725667304
Médico Solicitante: Melina Pereira Lima Santiago
Atendimento: 4044355 Prescrição: 3113049
Data: 13/12/2019 14:12:35 13/12/2019 14:12:35

RX DIGITAL DO OMBRO E CLAVÍCULA DIREITOS (02 INC.)

ACHADOS:

Placa e parafusos metálicos de fixação na clavícula direita.
Esclerose óssea na grande tuberosidade umeral.
Redução do espaço subacromial.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS DE FIXAÇÃO NA CLAVÍCULA DIREITA;
2. ESCLEROSE ÓSSEA NA GRANDE TUBEROSIDADE UMERAL. Tal achado pode ser visto na SÍNDROME DO IMPACTO;
3. REDUÇÃO DO ESPAÇO SUBACROMIAL;
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Edward Monti Alvares
CRM 2738



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Pia
Fone: (86) 3131-1234 Fax: (86) 3223-482
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

DIREITO
ROT EXT.

DIREITO
ROT INT.

MAGEM SAO X DIGITAL - RUA PAISSAND
MARIA CAVALHO E SILVA
/04/1963D/H-13/12/2019-14:27TE
NA:8370127

med
agem

13/12/2019 14:45:27 CR_ELITE_3

DIREITO

AP



REC. IMAGEM RADIO X DIGITAL - EBA FALSADE
SOMIA MARIA CAVALHO E SILVA
NM. 03/0120
DN. 09/04/1963D/M: 13/12/2019-14:20HR

DIREITO
AP



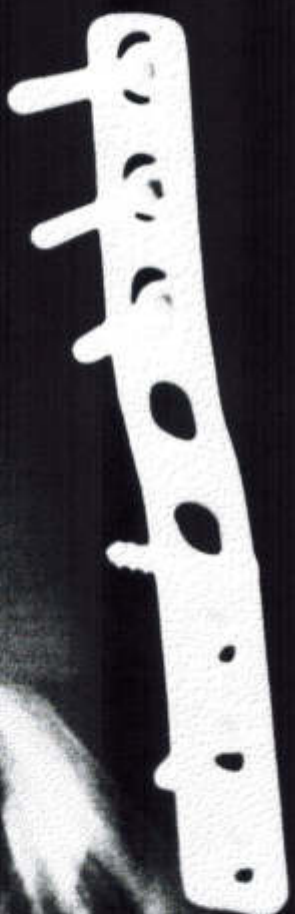
SONIA MARIA CARVALHO E SILVA,
DN: 09/04/1963D/H: 13/12/2019-14:27TR:
- RUA PAISSAND NA: 8370127

DIREITO
AP



SONIA MARIA CARVALHO E SILVA,
DN: 09/04/1963D/H: 13/12/2019-14:27TR:
- RUA PAISSAND NA: 8370127

DIREITO ZANCA



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 505.895 DATA DE EMISSÃO 17/02/16

IDENTIFICAÇÃO

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

DIONÍLIA CARVALHO E SILVA
AUGUSTO RODRIGUES E SILVA

DATA DE NASCIMENTO 09/04/1963

COD-MA 217.256.673-04

CERT. NASC. 165 L 42 F 84

EXP COD-MA 09/02/71

217.256.673-04

L21 Nº 7.110 DE 29/08/85 - DECRETO Nº 60.200/82

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

REGISTRO DO ELEITOR

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

DATA DE INSCRIÇÃO Nº INSCRIÇÃO D.V. ZONA REGÃO

09/04/1963 0178 7496 7499 021 0153

MATOSINHA JRE ELEITORAL 19/02/2016

[Signature]

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

217.256.673-04

19/04/1963

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

217.256.673-04

19/04/1963

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

217.256.673-04

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

19/04/1963

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0522150

ASSINATURA DO TITULAR

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 505.895 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/02/16

NOME

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

FILIAÇÃO

DIONÍLIA CARVALHO E SILVA
AUGUSTO RODRIGUES E SILVA

NATURALIDADE

CODÓ-MA DATA DE NASCIMENTO 09/04/1963

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 165 L 42 F 84

CP EXP CODÓ-MA 09/02/71

TERESINA - PI 217.256.673-04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL – DGPC
SUPERINTENDÊNCIA DE POLICIA TÉCNICO CIENTÍFICA – SPTC
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE TIMON – IML



CORPO DE DELITO
LESÃO CORPORAL – B
LIVRO-08 PÁGINA-60/2019

Nome: **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**

Data do exame pericial: 10/05/2019

Horário: Dez horas e quinze minutos

Solicitado por: 1º DP de Timon-MA

Remeter para: 1º DP de Timon-MA

Boletim de Ocorrência: 621/2019 1º DP de Timon-MA

Perito: Dr. Joaquim José Marques da Silva

Laudo do IML - Lesões corporais



PREÂMBULO – No dia hora e local, acima referidos, os peritos designados pelo Instituto de Medicina Legal, nos termos do art. 178, do Código de Processo Penal procederam ao exame de **SONIA MARIA CARVALHO E SILVA**, RG 505895 SSP PI, brasileira, viúva, professora, nascida em 09/04/1963, natural de Codó-MA, filha de Augusto Rodrigues e Silva e Dionília carvalho e Silva, residente na Avenida Jacob Almendra, nº 276, Bairro Por Enquanto, Teresina-PI.

HISTÓRICO: pericianda informa que sofreu acidente de trânsito por volta das 06h08min do dia 19/01/2019, quando estava na garupa da motocicleta que colidiu com um automóvel, na Avenida Teresina, Bairro Guarita, Timon (MA), fraturando a clavícula direita e arcos costais; foi levada pelo SAMU a Unidade de pronto Atendimento (UPA) de Timon-MA e transferida para o Hospital Prontomed Adulto (de Teresina-PI) para tratamento cirúrgico.

DESCRIÇÃO: pericianda alo e autopsiquicamente orientada, apresentando cicatriz cirúrgica de 10,0 cm de extensão ao longo de clavícula direita. Ao exame físico, não foi visualizado diminuição de sequelas de movimento de membro superior direito. O prontuário médico fornecido pela UPA informa que a pericianda deu entrada no serviço às 07h42min do dia 19/01/2019, vítima de acidente automobilístico com dor em antebraço direito, sendo transferida para o Hospital Prontomed Adulto. O prontuário médico fornecido pelo Prontomed Adulto informa que a pericianda deu entrada no serviço às 14h20min do dia 19/01/2019, vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura completa de diáfise média da clavícula direita e fratura completa no arco anterior de segunda costela direita em lesão parenquimatosa de pulmão esquerdo. Foi submetida a procedimento cirúrgico em clavícula direita com colocação de placa e parafusos metálicos. O atestado médico fornecido pelo Dr. Gustavo de Souza Pereira, CRM-PI 5680, datado de 17/04/2019, informa que a pericianda apresentou sinais de consolidação satisfatória de fratura de costela direita e de procedimento cirúrgico de fratura de diáfise de clavícula; não houve sequela de contusão pulmonar.

DISCUSSÃO: pericianda com sequela de lesão contusa produzida por ação contundente, apresentando nexos causal e temporal com histórico apresentado. Não há sequelas de movimentos de membro superior direito. Não houve perigo de vida.

CONCLUSÃO: pericianda com histórico de fraturas em costela direita e clavícula direita, sem sequelas de movimentos; houve limitação das atividades habituais por mais de trinta dias.

Joaquim José Marques da Silva
Matricula 0312725-0
CRM-PI: 3297 CPF: 447.020.193-68
PERITO - IML / TIMON (MA)

Conferido como original.
EPC Gardênia
Mat. 1837111MA.
05.06.2019
Jas 12.08h



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA – SSP
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DGPC
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO CIENTÍFICA – SPTC
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE TIMON – IML

CORPO DE DELITO
LESÃO CORPORAL – B
LIVRO-08 PÁGINA-60/2019

Nome: **SONIA MARIA GARVALHO E SILVA**

Data do exame pericial: 10/05/2019

Horário: Dez horas e quinze minutos

Solicitado por: 1º DP de Timon-MA

Remeter para: 1º DP de Timon-MA

Boletim de Ocorrência: 621/2019 1º DP de Timon-MA

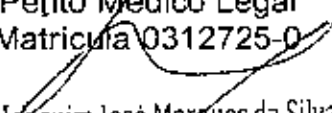
Perito: Dr. **Joaquim José Marques da Silva**

Nada mais sendo observado, passamos a transcrever e responder aos quesitos formulados:

- 1 – Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente? **Sim;**
- 2 – Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa? **Ação contundente;**
- 3 – Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou outro meio insídioso ou cruel (resposta especificada)? **Prejudicado;**
- 4 – Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **Sim;**
- 5 – Se resultou perigo de vida? **Não;**
- 6 – Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização do membro sentido ou função (resposta especificada)? **Não;**
- 7 – Se resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente (resposta especificada)? **Não.**

Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado.


Dr. Joaquim José Marques da Silva
Perito Médico Legal
Matrícula 0312725-0


Joaquim José Marques da Silva
Matrícula 0312725-0
CRM-PI: 3297 CPF: 447.020.193-68
DIRETOR – IML / TIMON (MA)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210725/19

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CPF: 217.256.673-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA CARVALHO
E SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



SONIA MARIA CARVALHO E SILVA : 217.256.673-04

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 cancela 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: 24/06/2019
Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
CPF: 217.256.673-04

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jônia Maria Carvalho e Silva
Data do Acidente: 07.06.2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 217.256.673-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☒ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☒ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidéz do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originals)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)

- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador:

E-mail:

Data:

07.06.2019

Assinatura

Jônia Maria Carvalho e Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

AC. T. SHOPPING

Atendente:

Silas Rorubles de Deus

Matrícula:

8.527.076-8

Data:

07.06.2019

Assinatura

[Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210725/19

Número do Sinistro: 3190391854

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CPF: 217.256.673-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA CARVALHO
E SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA : 217.256.673-04

Autorização de pagamento

Outros



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 cancela 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: 30/07/2019

Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CPF: 217.256.673-04

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



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.

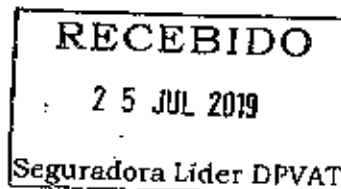
Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190391854

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
AV JACOB ALMENDRA, 276
PORENQUANTO
CEP 64003-000 - TERESINA - PI



BI619446167BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210725/19

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CPF: 217.256.673-04

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA CARVALHO
E SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA : 217.256.673-04

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: 24/06/2019
Nome: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA
CPF: 217.256.673-04

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456106/19

Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

CPF: 217.256.673-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

SONIA MARIA CARVALHO E SILVA : 217.256.673-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705147 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SONIA MARIA CARVALHO E SILVA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P12

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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