

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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343393

Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343393

Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARILENE DE OLIVEIRA 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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 000006805-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	0373365333	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	CPF titular da conta 0373365333	Profissão DO LAR
Endereço RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA	Número 51/N	Complemento
Bairro VILA NOVA CONQUISTA	Cidade UNSAO	Estado PI
Email medsoneliveiravieira@hotmail.com	CEP 64120-000	Telefone (DDD) 86 995109659

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. 4288	CONTA NRO. 6805	D/V 5	D/V 5
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. _____		CONTA NRO. _____	D/V _____
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

11/10 21 de Setembro de 2020

Local e Data

marilene de oliveira
Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

1122 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001568/2020-52

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 21/09/2020 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

24/05/2020 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

UNIÃO

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

SAIDA DA PI, 111 COM A PI, 112, ESTRADA DESTINO ZONA RURAL À UNIÃO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

EM FRENTE A FAZENDA DO SENHOR VALTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA ESPERANÇA DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 4.734.411-SSPPI PI

Mãe: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Endereço: QUADRA 22 CASA 14 RUA SANTA ISABEL, N°

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2729679-SSP PI

Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA

Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA

Endereço: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22, N° CASA 14

Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9574-0618

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

2013 ODV5828 9C2JC4110DR103399

404427604

Vermelha

Condutor: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

RG: 2729679 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SANTA ISABEL, QUADRA 22 Número: CASA 14 Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: VILA NOVA CONQUISTA

Proprietário: MARIA CILENE DE OLIVEIRA SOUSA

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADA VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA, LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCrito, DO DESTINO JÁ MENCIONADO, TRAZENDO COMO GARUPA SUA FILHA MENOR DE IDADE, DE NOME ACIMA QUALIFICADO ACIMA COMO VÍTIMA TAMBÉM, AO PARAR NO CRUZAMENTO DA PI, LOCAL, PRA VER SE VINHA ALGUM VEÍCULO PARA SEGUIR SEU DESTINO, FOI COLHIDA EM SUA MOTOCICLETA, POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE O MESMO LHE ARREMESSOU A UMA DISTÂNCIA, JUNTAMENTE COM SUA FILHA QUE CONDUZIA COMO GARUPA, E QUE A NOTICIANTE FICOU INCONSCIENTE, ONDE QUEBROU A PERNAS DIREITA, E COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, E UMA PANCADA NO ABDOME, E SUA FILHA MENOR COM UMA PANCADA NA CABEÇA SENDO QUE TERCEIROS PASSAVAM PELO LOCAL, E VENDO O ACIDENTE CHAMARAM A AMBULÂNCIA DO SAMU, DO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO, E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, E TRANSFERIDO DE IMEDIATO A MÃE E



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

1122 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.001568/2020-52

FILHA PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR, LOURENÇO FERREIRA DE ABREU, RG N° 995.542-PI, CPF 386.871.463-68, RESIDENTE NO ASSENTAMENTO SANTA MARIA NESTE MUNICÍPIO, E O SENHOR REGINALDO PEREIRA DE SOUSA RG N° 3.351.187-PI, CPF N° 643.428.163-34, RESIDENTE NO BAIRRO SÃO JOÃO NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Vicente Oliveira De Souza - Mai.
AGENTE DE POL.

• marilene de oliveira silva
MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacy Reiki Leal Pereira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mai. 118.375-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
037833653-33 MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	6 - CPF: 037 833 653-33
7 - Profissão: DO LAR	8 - Endereço: RUA SANTA ISABEL, VILA NOVA CONQUISTA
9 - Número: 5/1	10 - Complemento: UNIÃO
11 - Bairro:	12 - Cidade: UNIÃO
13 - Estado: PI	14 - CEP: 64120000
15 - E-mail: fredericodeliveira.vieira@hotmail.com	16 - Tel. (DDD): 86 995709659

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **4288** CONTA: **6805** (5)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 IMI) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Sim 30 - Vítima deixou Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Sim
teve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascituro (nasceram)? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34
Impressão digital da
assinatura do
beneficiário
ou declarante

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 - 1º | Nome: **Lourival Ferreira de Souza**
CPF: **386 671 463-81**

LOURIVAL FERREIRA DE SOUZA

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Reginaldo Pereira de Souza**

CPF: **643 428 163-39**

Reginaldo Pereira de Souza

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

marilene de oliveira silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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: 13/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 00000006805-5

Nr. da Autenticação 3A8CA9ED574CEAD3



Para contato
contato, informe
esse NÚMERO!

1338132-5

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.391.383-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal
42468346
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTA MÊS
AGOSTO/2020

VENCIMENTO
31/08/2020

145 94,94

MARILENE DE OLIVEIRA SILVA
R. SANTA ISABEL S/N - VILA NOVA CONQUISTA
CPF: 00003783365333
CEP: 64.120-000 - UNIÃO
DADOS DA LITERRA

ROT: 260-070-11-27.539100

Atual:	6837	Atual:	24/03/2020
Anterior:	6692	Anterior:	23/07/2020
Constante de Multiplicador:	1,000	Próxima Leitura:	23/09/2020
Consumo Médio:	145	Emissão:	23/08/2020
Consumo Faturado:	145	Apresentação:	24/08/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A1463635	1.4.1.1	88	

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	30 A R\$ 0,271320 = 8,15	
JUL/20 159	70 A R\$ 0,465374 = 32,61	
JUN/20 173	45 A R\$ 0,698347 = 31,45	
MAI/20 124	CONTR. ILUMINACAO PUB. (051P) 9,84	
ABR/20 117	DIF. P/ BASE CALCULO TRIBUTOS 40,39	
MAR/20 62	SUBVENCAO BAIXA RENDA 30,59	
FEV/20 58	CORRECAO MONETARIA IG 07/20-00 0,91	
JAN/20 63	MULTA POR ATRASO 07/20-00 1,60	
DEZ/19 64	JUROS POR ATRASO 07/20-00 0,58	
NOV/19 64		
OUT/19 60		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 145 - 0,271320		
31 A 100 - 0,465374		
101 A 145 - 0,698347		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/08/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filinto Rêgo N° 99 Centro.
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU

192

24/05/2020

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	<i>Dra. Souza</i>	
Contato do Solicitante:		
SAIDA DO PA:	<i>13:50</i>	CHEGADA AO LOCAL: <i>14:05</i>
CHEGADA AO HOSPITAL:	<i>14:17</i>	SAÍDA DO LOCAL: <i>14:24</i>
	SAÍDA DO HOSPITAL: <i>15:20</i>	CHEGADA AO PA: <i>15:23</i>

NOME DO PACIENTE: *Mariânea de Oliveira Silva*

SEXO: () MAS () FEM IDADE: *34*

LOCAL DA OCORRÊNCIA: *PJ 662 (rua de Miguel Alves) por volta*

TIPO DE OCORRÊNCIA

(<input type="checkbox"/>) Envenenamento	(<input type="checkbox"/>) Agressão Física	(<input checked="" type="checkbox"/>) Acidente de Moto
(<input type="checkbox"/>) Choque Elétrico	(<input type="checkbox"/>) Afogamento	(<input type="checkbox"/>) Acidente de Carro
(<input type="checkbox"/>) Urgência Obstétrica	(<input type="checkbox"/>) Queda	(<input type="checkbox"/>) Mal Súbito
(<input type="checkbox"/>) Urgência Pediátrica	(<input type="checkbox"/>) Já Removido	(<input type="checkbox"/>) Falso Chamado
(<input type="checkbox"/>) Ferimento Arma Branca (<input type="checkbox"/>) Fogo	(<input type="checkbox"/>) transferência hospitalar	(<input type="checkbox"/>) Queimadura
(<input type="checkbox"/>) Atropelamento	(<input type="checkbox"/>) Urgem. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
(<input checked="" type="checkbox"/>) Alerta	(<input checked="" type="checkbox"/>) iguais	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal
(<input type="checkbox"/>) Responde ao Comando	(<input type="checkbox"/>) Desiguais	(<input type="checkbox"/>) Confusa
(<input type="checkbox"/>) Responde a Dor	(<input type="checkbox"/>) OUTROS	(<input type="checkbox"/>) Nenhuma
(<input type="checkbox"/>) Sem resposta		

PULSO RADIAL:	(<input checked="" type="checkbox"/>) FORTE	(<input type="checkbox"/>) FRACO	(<input type="checkbox"/>) LEVE	(<input type="checkbox"/>) MODERADO	(<input type="checkbox"/>) AUSENTE
---------------	---	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

SINAIS VITais	1 ^a Verificação	2 ^a Verificação	OBSERVAÇÕES:
HORA:	<i>14:30</i>		
SATURAÇÃO	<i>98</i>		
P.A.	<i>130x80</i>		
PULSO	<i>133</i>		
RESPIRAÇÃO	<i>50</i>		
GLICEMIA	<i>161</i>		
TEMPERATURA	<i>36</i>		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS ambulância

(<input type="checkbox"/>) Aspiração	(<input type="checkbox"/>) Imobilização de extremidades	(<input type="checkbox"/>) Ass. Obstétrica
(<input type="checkbox"/>) Oxiênio	(<input checked="" type="checkbox"/>) Prancha	(<input checked="" type="checkbox"/>) Hemostasia
(<input type="checkbox"/>) Reanimação Cardio-Resp	(<input checked="" type="checkbox"/>) Colar Cervical	(<input checked="" type="checkbox"/>) Curativo
(<input type="checkbox"/>) Ventilação Artificial	(<input type="checkbox"/>) KED	
(<input type="checkbox"/>) Monitorização	(<input type="checkbox"/>) Acesso Venoso - Solução <i>fisiológica a 9%</i>	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Outros		

ENTRADA NO HOSPITAL

(<input type="checkbox"/>) Melhorando	(<input type="checkbox"/>) Severa Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Indeterminada
(<input type="checkbox"/>) Piorando	(<input type="checkbox"/>) Média Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Óbito dentro do Socorro
(<input checked="" type="checkbox"/>) Inalterado	(<input type="checkbox"/>) Pequena Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Óbito no Transporte
(<input type="checkbox"/>) Coma	(<input type="checkbox"/>) Ileso	(<input type="checkbox"/>) COMBATE ALTO

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO: *HMV*

SOCORRISTA:
Katia Mendes da Ponte
COREN-PI n° 01.254.868-TE

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:
Delegacia

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)
Dr. J. P. Soares



RUA SÃO PAULO, 815 BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ 18.108.200/0001-03
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

INTROLE: SERVIDOR: *Luis* DATA: 24/05/2020 HORA: 14:49

DADOS DO PACIENTE.

DN: *Antônio de Oliveira Silveira* DN: 14/11/65 ID: 39000 SEXO:
DNM: *Maria dos Milagres Silveira Oliveira*
DS: *08500-3076* RG: *2224679* CONTATO: *9847666*
DRES: *Vila Santo André* CEP: *69190-000*
LIRRO: *Zona rural* CIDADE: *União* UF: *PI*
RMA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA CENTRO DE SAÚDE SAMU PM AMBULANCIA OUTRO

ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

OTIVO DA PROCURA: TRAUMA CLÍNICO PEDIÁTRIA
VITALÍGICO PA: *130/80* SAT: *98%* T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

SCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

SERVAÇÕES:

BRANCO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

DRARIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

*Acúmulo moto X carro, Fratura exposta na
cara direita.*

EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAL RX US

DIAGNÓSTICO *Fr. da perna direita* CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: *16/09/2020*

Assinatura

ANTÔNIO R. VAIADA SR.

PREScrição MÉDICA

1. *Tecosomal - 1amp + SF 0,9% 100ml > 15ml*
2. *Bromoprida - 1amp + AD, ev*

Paciente regulada

CONDUTA

ALTA OBITO EVASÃO TRANSFERIDO PARA: INTERNAÇÃO OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE

HORA/SAÍDA URGENCIA EMERGENCIA NÃO URGENCIA

EDICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:

MÉDICO CRM *RCV*

ENFERMEIRO(A)
COREN

Nicolaia Oliveira



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: Mariene de Oliveira Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 545970

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO
REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"

Teresa Raquel Pereira de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original
[Handwritten signature]



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218-6111
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.417/0001-01

*UK
de pedre.*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA		Frontuário: 545970
Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	Pai: FRANCISCO MIRANDA OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 14/11/1985	Idade: 34a6m0d	Sexo: Feminino Fone: 86-99426-7666
Responsável: ANA REGINA	CNS: 706001863568445	
Profissão:	Documento: RG: 2729679 - PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

DATA DO ATENDIMENTO:

Código: 780025	Entrada: 24/05/2020 19:23:11	Convênio: S D E	Proced: 0301040029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

FÍOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sign/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco:		TRANYRES VIEIRA DA SILVA CORON 422701 Data: 24/05/2020 19:13:09

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉搏: bsp	Pressão: mmHg
Relato Principal / Dados Clínicos / Conduta:					
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM USO DE CAPACETE (ATINGIDO POR COLISÃO FRONTAL POR AUTOMÓVEL), HÁ APROXIMADAMENTE 1 HORA. TRAZIDO PELO SAMU COM PRANCHA E COLAR. ENCAMINHADA DE PRIMEIROS ATENDIMENTOS EM HOSPITAL DE UNIÃO. REFERE DOR EM MID, COM FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA?. REFERE SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA OUTRAS QUEIXAS					
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;					
B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS;					
C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BPF EM 27, S/ SORROS, PELVE ESTÁVEL, Abdome Flácido, DEPRESSIVO, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS;					
D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6 (OU DIZER QUE A AVALIAÇÃO DO GLASGOW TA					
Diagnóstico Inicial:					
?					

Exames Complementares:	TOMOGRAFIA REALIZADA
(1520768) - T.C. DE CRANIO	DATA: 24/05/2020
(1520769) - TORAX PA E PÉRFL	HORA: 20:10:00
(1520770) - PERNAS DIREITA	E: CMRC
TOMOGRAFIA REALIZADA	
DATA: 24/05/2020	
HORA: 20:10:00	
E: CMRC	
TECNOLOGIA:	
Tecnicista: CARLOS ALBERTO ROBATO DA SILVA FILHO	

Tecnicista: CARLOS ALBERTO ROBATO DA SILVA FILHO
Matrícula: 056234
SAMU HUT
Confere com Original

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: / /
Observação (Adulto)		

CARLOS ALBERTO ROBATO DA SILVA FILHO

24/05/2020

Hydra - Regulação SUS

SOLICITAÇÃO: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 202005241178144
 STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

Paciente: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA - 998002734740976 - 14/11/1985 (34 anos), União, Míl: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	Estab. Solicitante: Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)	
Ledo:	Médico Solicitante: EDUARDO GARCIA CLAUDIO	
Class. Risco: Emergência	Usuário Solicitante: Marcos Vinicius	
	Senha: 202005241178144	
	Observação Solicitante: Arlene da Silva Fontenele em 24/05/2020 17:11	
	Observação Executante:	
	Caráter: Urgência	
	Tipo de Leito: Neurocirurgia	
	CIDs: Traumatismo intracraniano, não especificado - Fratura da diafise da tíbia	
	Procedimentos:	
Descrição Clínica:	PACIENTE POLITRAUMATIZADO. VITIMA DE COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO, FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DIRETA, NÁUSEAS, VÔMITOS EM JATOS E LACERAÇÃO NA REGIÃO TEMPORAL. ER AC TAQUICÁRDICA, RCR2T; AP: MV+ SEM RA, ABDOME INOCENTE, GLASGOW 15. Visualizar mudanças (/internacoes/178144/mudanca)	
Protocolo de Atendimento:	Pressão Sistólica: 130 Pressão Diastólica: 80 Saturação (%): 99 Frequência Cardíaca (bpm): 136 Frequência Respiratória (rpm): 20 Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15 Assistência Ventilatória: cateter_nasal	
Observações:		
Anexos:	IMO_0706.jpg (/arquivos/71865/download)	

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
24/05/2020 17:11	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
24/05/2020 16:57	Sara Cristina Araújo - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina - HUT - 127098//1042792062.
24/05/2020 15:52	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
24/05/2020 15:51	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
24/05/2020 15:41	Arlene da Silva Fontenele - Estab. Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	

Teresa Raquel Pereira da Silva Lopes
 Matrícula: 055234
 SAMME - HUT
 Confidencial com Original

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACAO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 315545 AIH: 2220100326433
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE 706001863568445 MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO 14/11/1985	SEXO F	PRONTUÁRIO 545970
DOCUMENTO	CPF TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	RESPONSÁVEL ANA REGINA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO Buenos Aires	MUNICÍPIO UNião	NUMERO / LOTE 5081	UF PI
BAIRRO	COMPLEMENTO			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR, DEFORMIDADE E FRATURA EXPOSTA DE TIBIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050300 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA.		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/05/2020	AYRANA SOARES AIRES CRM: 66974267304
DATA ADMISSÃO 24/05/2020 19:23	DATA ALTA 25/05/2020 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 09134032861 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

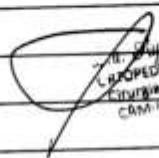
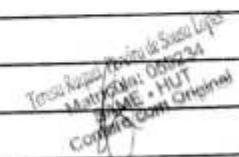
1º Drº José Carlos de Oliveira Gomes
CRM: 6697426734
SAMU 192
Confere com original



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Mariene de Oliveira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fistula de fibra</i>		
Operação - Tipo <i>Orteomíctese</i>		
Cirurgião <i>Ayres</i>	1º Assinante	
2º Assinante	3º Assinante	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>1) Paciente em ORT na pos acima 2) Abrepe 3) Cirurgio 4) Ampliar de acima / frangos de PO e SPQ, qd 5) Colocar de p/ba 6) Sutura 7) Clavar</i>		
 <i>DR. ZENON ROCHA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LIGADURA DE Coluna Vertebral CAMPANHA TEST 13487</i>		
 <i>Teresina, 20/07/2024 Materializado: 000224 ME • HUT Comprovado Original</i>		

MOD. 76 - HUT



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 3648

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Rua Magalhães Pinto, 115 - Centro - Teresina - PI
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: HW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM *CF 358*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME <u>Mariânea de Oliveira Silva</u>		Nº PRONTUÁRIO <u>545970</u>	
Nº AIH <u>263746</u>			
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE <u>0702030902</u>			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NOME <u>Aryanna</u>			
CRM Nº	CPF Nº		
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL	
<u>24/05/2020</u>			
MATERIAL UTILIZADO			
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)	
	<u>04</u>	<u>placa dcp 4,5 mm estreita 08 furos</u>	
	<u>06</u>	<u>Panquecos Cartíacos</u>	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA: <u>Spine Medical</u>	CNPJ Nº		
ENDEREÇO:	<i>Teresa Ruyard Pereira de Souza Lopes Matrícula: USP8234 EXAME - HUT Corrigido com Originais</i>		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS			
EM _____	<i>Aryanna Souza Lopes Ortopedia e Traumatologia Centro da Coluna Vertical 113746 / CRM - RJ 8346</i>		
	<u>24/05/2020</u>		
	<i>Raqueul</i>		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)	Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)		

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^a via - Prontuário, 2^a via - Fornecedor, 3^a via - Processo de pagamento.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES: 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	263746

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	6 - Prontuário: 545970			
7-CNS: 706001863568445	8-Nascimento: 14/11/1985	9-Sexo: Feminino	10- RG: 2729679- PI-Exp:	
11-Mãe: MARIA DOS MILAGRES SILVA OLIVEIRA	12-Fone: 86-99426-7666			
13-Respi: ANA REGINA	14-Fone: 86-99426-7666			
15-Ender: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - CEP: 64120-000	16-Munic: UNIÃO	17-Tipo IRGE: 221110	18-UF: PI	19-CEP: 64120-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicitada: 1

Fornecedor da OPM: SPINE

38-Profissional Responsável: AYRANA SOARES AIRES	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Ayrana Soares Aires Ortopedista/traumatologista (CRM) CRM: 081706 / CRM-MA 0646
39-Data Solicitação: 24/05/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 669.742.673-04	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fixar de epít de fiba

AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizadora:	45 - Data Autorização:	46 - CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	52-CNS/CPF:	
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-DATA AUTORIZAÇÃO:	52-CNS/CPF:
	<i>/ /</i>	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
(SOLIMAR BRITO)		

Teresinha de Souza Lapa
Matrícula: 059234
SAMU HUT
Confere com Original



Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2020

NOME DO PACIENTE:	Mailene de Oliveira Sampaio	ESTÁTURO N°:	545970
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	Tendinite do polegar
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Ricardo	CPF N°:	
AUXILIAR:	Residente	CPF N°:	
ANESTESIA:	Thiandra Gomes	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Ricane	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

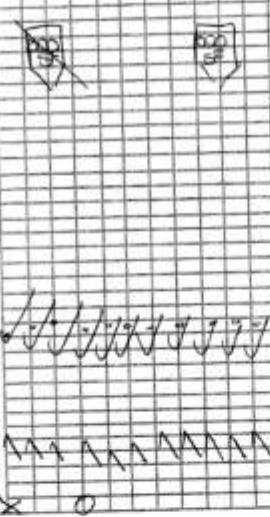
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n.24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA N° 7,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Eletrodes			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Esvazias pl. digerim.		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	10	01		CIRCULANTE:			
PROLENO							

Teresa Raquel Pereira de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Mariângela de Oliveira Souza</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>24/05/2010</i>		P. ARTERIAL <i>120 x 65</i>	PULSO <i>135</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		<i>Normal</i>					
SISTEMA CIRCULATORIO		<i>Normotensiva, ritmo cardíaco</i>			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA <i>Não</i> BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO		<i>Jejun desde 12h</i>			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		<i>Consciente, orientada</i>			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO		<i>Fratura exposta da clavícula</i> (1)			FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
		23:10			TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGENIO 1 2 3				① Chlore d'ent ② Idenal fisiolog ③ Monovolupt ④ Remondine pma am MSE ⑤ Regani L314 Sgulho 26 G		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				SEQUÊNCIA		
TEMPERATURA T	260 240 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				1 Reduvonat 2 LCH cloro 3 4 5 ⑥ Regani paracido 6 15mg 7 8 ⑦ Karfimex 100 9 ⑧ Cefazolin 10 ⑨ Dexametasona 11 12 ⑩ Dexametasona 13 10 mg 14 15 ⑪ Isowarparacido		
P. ARTERIAL V O PULSO	38				DURAÇÃO 10 m		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	<i>Regani anestésico</i>						
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES	<i>Amanda Gomis Udo Andrade</i> ANESTESISTA CRM-114981						
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE							
② Dextrofano 2g ⑤ Potassônico 40 mg <i>Teresa Ruyan, Professora de Sua Lapa</i> Matrícula: 059234 SAME-AHUT Confere com Original							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

O P T O
238/40



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.837/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA NO.: 117024 - Em: (25/05/2020)

Atendimento	Prestador:	Paciente:	Data:	Cinza:	Informações:	Lado:	Médico Assistente:
23716	55590	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA	18/11/1985 34anos	RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	ENFERMAGEM 001	LADO 003	ORIONITO CHONDRERSON ALVES DO
Evolução:							
Relato:							
Seq.:	Descrição Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Resumo:	Relatório:
	OBAL TIPO LÍQUIDO.						RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Diaeta							
1	CEFALOFIMA SÓDICA 1G, PO P/SCU, INJ.	1,00	PX/SCU	EV	6/6s	AD	
1	LONG. AD						
2	DIPRIVONA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6s	AD	
2	1,0ML AD						
3	TRAMADOL 100MG/2ML, INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12s	SIF 0,9%	
3	100ML SIF 0,9% 8L						
4	BROXOPERIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	8/8s		
4	100L AD 8L						

(Observações Gerais):

JELCO SALINIZADO
CIRATIVO DIARIO
CUIDADOS GENERAIS = SINSIS VITais

Dr. Giordano Cromembeger
Ortopedia e Traumatologia
CRM3415 EOT100029

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME		IDADE 34 anos		DATA 25/05/2020		
HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 h 30 min		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA Prof. Zélio (E1)				CIRURGIÃO		
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA	
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	100 / 95	100 / 64	99 / 72		127 / 62
	FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	97	99	90		97
	SATURAÇÃO DE O2 (%)	98	98	99		100
	TEMPERATURA AXILAR (°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/ MATRÍCULA	Adm	Adm	mel	mel	mel	
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente e com força	0	0	0	0	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	
	Acréscimo dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	
RESPIRAÇÃO	Tem sonolência	0	0	0	0	
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	
	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	
CIRCULAÇÃO	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	
	Não responde	0	0	0	0	
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	
CONSCIÊNCIA	ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	0	0	0	
	CALAS DE DOR ALTA	0	0	0	0	
	TOTAL	09			10	
	ASS.	mel				
	SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DREN. DE SUCCÃO	<input type="checkbox"/> DREN. TORACICO	<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/> NASOG) <input type="checkbox"/> NASOE
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	
VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:						
<p>00:30 Horário de saída SRPA em PÓS de ETE cirúrgico para returra em Tébio. O sedativismo é regular com leves expressões respiratórias e pulmonares. Foi removido o tubo traqueal. Sem queixa de dor.</p>						
<p>02:00 Liberação para Rx e parte da mel.</p>						
<p>Tensão arterial sistólica Tensão arterial diastólica Monoculada Same Conteúdo da ORL</p>						
ESCRITÓRIO MÉDICO			ALTA SRPA			
			Dr. Henrique Rocha Médico Anestesiologista CRM-PB: 4507 RQE: 2811			
			HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA			
ICAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []						
ISTO: [] [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA [] PED [] NORT [] INEU [] ICIR [] IMFO						



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

416

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Finance



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>Márcia de O. Sik</i>						
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉRGIAS		MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA:	HORA:					
<i>18/09/2020</i>	<i>000 m/00 PM</i>	<i>22:00</i>				
<i>Keplin</i>	<i>01/09/2020</i>	<i>22:00</i>				
<i>No CANTO CURVADO</i>						
 Dr. Keplin Ortopedista e Traumatologista Clínica de Ortopedia C.R.O. CRM - 20.000.000						
Transf. para o Dr. Souza Lopes Matrícula: 069234 SAMPAE - RJ Conf. com Original						

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (Prontuário: 545970)		
Endereço:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000		
Nascimento:	14/11/1985	Idade: 34a6m1d	Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025
Requisição:	1096824	Solicitação: 24/05/2020	Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO
Controle:	1520768	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2020

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 24/05/2020

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
Profissional Responsável

Teresa Ruyan Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3210 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARILENE DE OLIVEIRA SILVA** (Prontuário: **545970**)
Endereço: RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 14/11/1985 Idade: 34a6m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025
Requisição: 1096825 Solicitação: 24/05/2020 Solicitante: CARLOS ALBERTO ROSADO DA SILVA FILHO
Controle: 1520769 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/05/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.
Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Transcrição feita à mão: L. Cezar
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original




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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (Prontuário: 545970)		
Endereço:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000		
Nascimento:	14/11/1985	Idade:	34a6m11d
Requisição:	1096825	Solicitação:	24/05/2020
Controle:	1520770	Convênio:	S U S
Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780025			

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 24/05/2020

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise da tibia e fibula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 25/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Augusto Pereira de Souza Lopes
Matr/Colis: 050234
SIME - HUT
Confidencial com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3210 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MARILENE DE OLIVEIRA SILVA (Prontuário: 545970)			
Endereço:	RUA SANTA ISABEL QD 22 CS 13 - VILA NOVA CONQUISTA - UNIAO - PI CEP: 64120-000			
Nascimento:	14/11/1985	Idade: 34a6m16d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1096949	Solicitação: 25/05/2020	Solicitante: AYRANA SOARES AIRES	
Controle:	1521152	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 238 LEITO 40

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 25/05/2020

PERNA DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas nas diáfises dos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tibia.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

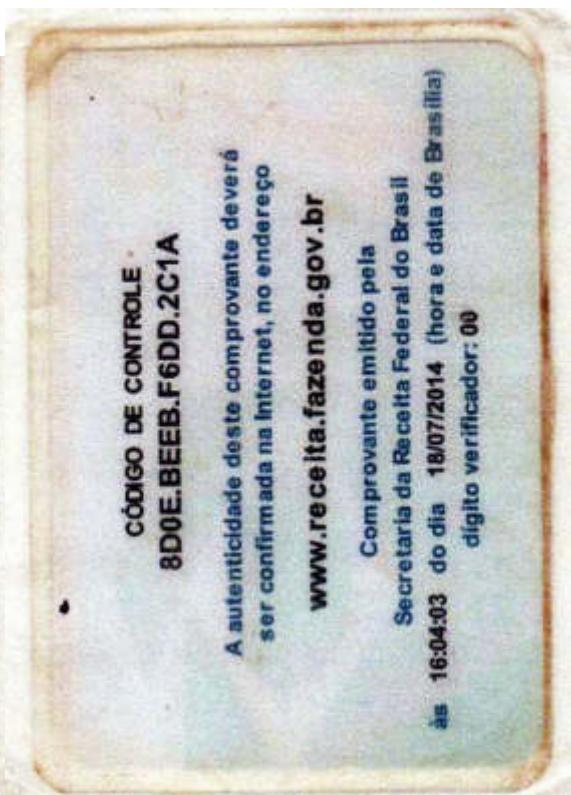
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 30/05/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Tensão Radiográfica: Período de Sessão Luso
Matrícula: 059234
SAMM - HUT
Confecção em Original



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PI	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
0958	Nº 010103659576
1994d	VIA COO. REPARO
2022	PRATIC
1	EXERCÍCIO 2012
5296	NAME:
5045	6118 MARIA CIRLENE DE OLIVEIRA SOUSA
524B	5264
5271	5271
2611	2611
2812	2812
OFF CHFJ	
PLACA ODV-5828	
CHASSI 9C2JC4110DR103399	
COMBUSTÍVEL GASOLINA	
ESPECIE TIPO -	
PLACA ANT/UF -	
MARC/A/Modelo -	
HONDA/CG 125 FAN KS	
Cap/HDI/Cil -	
02P/0124CC PARTIC	
COTA UNICA VENC./COTAS -	
I	1 ^a
P	IPVA
V	FAIXA IPVA
A	PARCELAMENTO/COTAS -
00000000	
1 ^a IPVA PAGO	
2 ^a	
3 ^a PAGO	
PRÉMIO TABIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO	
SEGURÓ SEGURO CIBR PAGO TÓPICO	
OBSERVAÇÕES	
PBT: 001.08	
ALIENAÇÃO FIDUCIARIA	
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L	
LOCAL _____ DATA _____	
UNIAO 09/11/2012	
Assinatura _____	
Assinatura _____	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343393 Cidade: União Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA Data do acidente: 24/05/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-PLACAS,PARAFUSOS)E ALTA MÉDICA.
P-6-8-9-10-12-20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

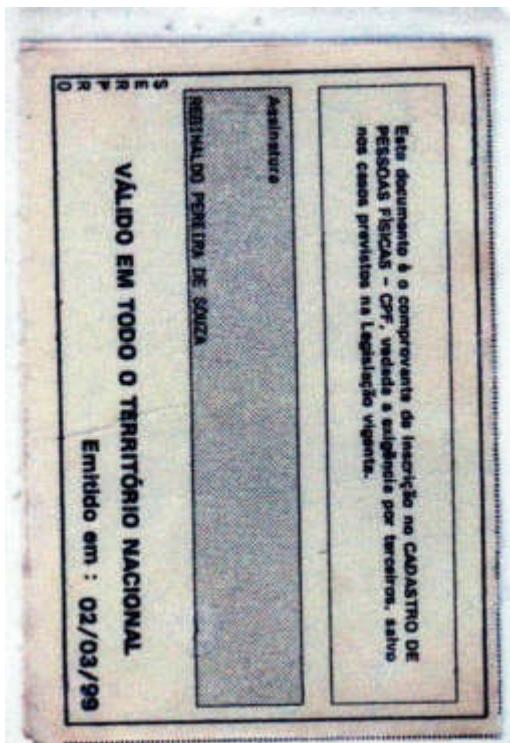
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343393 Cidade: União Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE DE OLIVEIRA SILVA Data do acidente: 24/05/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.(P-1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,PLACAS,PARAFUSOS,FIXAÇÃO)E ALTA MÉDICA.
P-6-8-9-10-12-20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR 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 DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00