



Número: **0823854-82.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **16/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAINARA DA SILVA CORREIA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12580 960	16/10/2020 19:07	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
12580 975	16/10/2020 19:07	<u>04-Oficio 187-CGJ-JUSTIÇA GRATUITA-LEI 1.060 de 1950</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12580 969	16/10/2020 19:07	<u>05-Informações do Sinistro nº 3190-478626</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL EM PDF ANEXO



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:05
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101619071873800000011900871>
Número do documento: 20101619071873800000011900871

Num. 12580960 - Pág. 1



Procedómio Advocacia e Consultoria Jurídica
Dr. José Francisco Procedómio da Silva
OAB/PI N°12. 813

PROCURAÇÃO AD JUDITIA

OUTORGANTE: <i>Joinaina da Silva Correia</i>		
Nacionalidade:	Estado Civil:	Profissão:
Brasileira	Casada	Moradora
RG nº: 049613802013 - 0 - SSP/PI	CPF/MF nº: 65562334335	
Endereço: Povoado Paiti do Centro - Cidade: Parnaíba		
CEP 65640-000		

OUTORGADO: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA E MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira (o) Estado Civil: Solteiro (a)

RG nº: 2.684.877 - SSP/PI RG nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF/MF nº: 023.365.163-22 CPF/MF nº: 703.754.703-44

Profissão: Advogado/ Bacharel em Direito OAB/PI Nº 12.813.

Endereço Profissional: Rua Henrique Dias - 790, Vermelha, Teresina - PI (CEP: 64019-330).

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, com fulcro no **Princípio da Inafastabilidade da Jurisdição**, previsto no art. 5º, XXXV, da **constituição federal**, e nos moldes do art. 595 do CC, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado acima qualificado, então Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, conforme o art. 5º da lei nº 8.906/94 e art. 105 do NCPC, podendo agir junto às repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, REQUERER DECLARAÇÕES EM ÓRGÃOS PÚBLICOS e substabelecer está em quem lhe convier, com ou sem reservas com o fim específico de propor Acionar cobrança de diferença de indenização de Seguro DPVAT adinimda de acidente de trânsito

Teresina - PI, 20 de fevereiro de 2020.

*Joinaina da Silva Correia

-Outorgante-

Rua Henrique Dias, Nº: 790 - Bairro: Vermelha - Teresina - PI - (CEP: 64.019-330)

Fone: (086) 99528-6961/ 99817-4512

E-mail: procedomio@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161907190870000011901135>
Número do documento: 2010161907190870000011901135

Num. 12580975 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:06
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101619071908700000011901135>
Número do documento: 20101619071908700000011901135

Num. 12580975 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Tomariz da Silva Ferreira	
Brasileiro (a)	Casada
RG nº: 049663802013	CPF/MF nº: 01562337335
Endereço: Povoado Pariel do Centro - Cidade de Parnaíma, CEP 65640.000	
<p>DECLARA para os fins de obtenção de ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA que é reconhecidamente pobre no sentido legal, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um processo judicial de AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE DE TRANSITO, sem o prejuízo de seu próprio sustento, vez que recebe mensalmente a quantia de R\$: 1.045,00 (Mil quarenta e cinco reais) e que está necessitando com urgência do fim de ver seu direito líquido e certo amparado pela Justiça, tudo nos termos da Lei 7.115/83, com a redação que lhe deu a Lei 7.510/86 e 1060/50, ofício circular 187/2013, art. 98, do CPC/15 e art. 5º, LXXIV, da CF/88, juntando para tanto os documentos probatórios necessários anexadas a esta presente declaração.</p>	

Teresina-PI, 20 de fevereiro de 2020.

* Tomariz da Silva Ferreira

(CPF 015.623.733-35)





GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNARAMA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 303 / 2019



54146

CÓDIGO DO REGISTRANTE: 2397 DATA DO REGISTRO: 05/07/2019 09:11:12

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 2/4/2019 19:09:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Povoado Paiol do Centro

COMPLEMENTO DO END.: ZONA RURAL

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: PARNARAMA

ESTADO: MA

COMUNICANTE

JAINARA DA SILVA CORREIA

SEXO: FEMININO

EST. CIVIL: CASADO

NACIONAL:

NASCIDO EM: 1/9/1997 RG/ÓRGÃ 049613802013-0-SSP/MA

CPF: 61562337335

FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PROFISSÃO: LAVRADOR(A)

CEP: 65640-000

ENDERECO: Povoado Paiol do Centro

NÚMERO: S/N

COMPLEMENTO: ZONA RURAL

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: PARNARAMA

Estado: MA

TELEFONE(S): (99) 3577-4040

RELATO DA OCORRÊNCIA:

A COMUNICANTE RELATA QUE AO IR NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/POP100, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2011/2012, PLACA NXN-9245/MATÓES-MA, CHASSI 9C2HB0210CR002920, LICENCIADA EM NOME DE NEUZIMAR DA SILVA CORREIA, PILOTADA POR LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO BATER EM UM CACHORRO QUE SE ENCONTRAVA NA ESTRADA, CAUSANDO O ACIDENTE. QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A COMUNICANTE SOFREU LESÕES CORPORAIS. O CONTEÚDO DO RELATO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

REGISTRO B.O. PARA FINS DE DIREITO



Juanes Batista da Silva
Escrivão de Polícia Civil

Escrivão(a)

Jainara da Silva Correia

Comunicante

Kessya Walkemya Lima Couto

Registrante

ÓES:

ÓES emitido para fins de Direito

5/7/2019 09:11:20



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

11600464595304 N° 012477379773
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. Exercício
1 444595304 2016

NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

020.243.343-93 NXN9245

PLACANTE / UF CHASSI
V. NOVO / MA 9C2HB0210CR002920

ESPECIE / TIPO: PAS / MOTOCICLETA / COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / POP100 ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CAP / POT / OIL: 00002P/0097 C CATEGORIA: PARTICU CON PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 18/03/16 VEND. COTA ÚNICA: 1º 00000000

FAIXA / UVA: PARCELAGEMTO / COTAS: 2º 00000000 3º 00000000

PRÉMIO TARIFÁRIO: 286,75 IOF (R\$): 292,01 DATA DE PAGAMENTO: 18/03/16

SEGURA OBRA! 100% DE PAGAMENTO

S/R DOCUMENTO SEM RESERVA DE DOMÍNIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MATOES-MA DATA: 22/03/2016

LICENCIAMENTO EMISSO
DIRETÓRIO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN

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

MA N° 012477379773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodenet.com.br
FAC DPVAT 0800 022 1204
11600464595304

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 22/03/2016

VIA COD. RENAVAM PLACA
1 020.243.343-93 NXN9245

RENAVAM MARCA / MODELO
444595304 HONDA / POP100

ANO FAB. DATA FAB. ANO MOD. Nº CHASSI
2011 09 9C2HB0210CR002920

PRÉMIO TARIFÁRIO
129,04 IOF (R\$) 143,38 CUSTO DO SEGURO (R\$)
4,15 IOF (R\$) 1,11 CUSTO DO BILHETE (R\$)
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELAGEM 18/03/16

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.398.0000001-00
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

Gente Seguradora SIA,
Av. Ana Jansen, nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA





DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 23878 - JAINARA DA SILVA CORREIA

NASC.: 01/09/1997 IDADE: 21

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO ESTADO CIVIL: CASADO(A) RACA/COR: PARDA ETNIA: NAO SE APL

NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

OCUPAÇÃO:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IDENTIDADE N° DOC.: 049613802013-0

N° CPF.:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: RAMAL PAIOL DO CENTRO, N°

TELEFONE:

BAIRRO: Povoado Paiol do Centro

CIDADE: PARNARAMA

UF: MA CEP: 65640000

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

ALERGIA:

N/A

CARATER DO ATENDIMENTO: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

ENCAMINHAMENTO: CLINICA MEDICA

Diabético Hipertenso

OBSERVAÇÃO:

Ass. e Carimbo do Profissional

DATA DA ENTRADA: 02/04/2019 19:09

SINAIS VITais	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO bpm	SAT. O2 %	HGT	GLICEMIA CAPILAR mg/dl
	530	110/0		70	99		

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

Pontos de Málta a cardial Malta.
Alergico, a gravidez da Malta.
3 dias MTD

DIAGNÓSTICOS:

Jainara Silva

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

AV Coxal Fetal (AFP)

PREScrição

ENFERMAGEM

cd: (1) Bloco Náilon Plano + 10 EV 8/16g 20.30 (09:30)
(2) SFD, 9% d50ml IV + 20 (1%) 20.30 (09:30)
(3) Bifurana 200 + 10 EV 6/16g 20.30 (02:30)

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA: _____

() ÓBITO () TRANSFERÊNCIA: _____

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

GUIA EMITIDA POR: bentosantos



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:06
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161907190870000011901135

Num. 12580975 - Pág. 7

Número do documento: 2010161907190870000011901135

HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO ADMISSÃO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

Dados do Paciente

PACIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA
CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO
NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORRÉIA
OCCUPAÇÃO:
TIPO DOC.: IDENTIDADE N° DOC.: 049613802013-0
LOGRADOURO: PAIOL DO CENTRO
BAIRRO: Povoado PAIOL DO CENTRO
DATA NASC.: IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias
ESTADO CIVIL: CASADO(A) RACA/COR: PARDA
NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA
ESCOLARIDADE:
Cidade: PARNARAMA
UF: MA CEP: 65640000

Dados referentes a internação

Posto: POSTO DE ENFERMAGEM Enfermaria: DALIA Leito: 01
Especialidade: Clínico Med. Solicitante: LINCOW MARQUES CAMINHA BATISTA
Proc. Solicitado:

ANAMNESE

EXAMES CLÍNICAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado JAINARA DA SILVA CORREIA, pessoa responsável pelo doente
JAINARA DA SILVA CORREIA, dá plena autorização aos médicos do HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO
que o assistirem, para fazer as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
O abaixo assinado JAINARA DA SILVA CORREIA, pessoa responsável pelo doente

MATOES - MA 03/04/2019



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161907190870000011901135>
Número do documento: 2010161907190870000011901135

Num. 12580975 - Pág. 8

03/04/2019

Regulação de Leitos | Solicitações

Aquilino Eliseu Marques de Medeiros (solicitante) 03/04/19 0

Regulação de Leitos

COROATÁ/CAXIAS > Solicitações > Detalhes > JANAIRA DA SILVA CORREIA

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÓES

RESPONSÁVEL: LICOW MARQUES	TELEFONE: (98)8221-0000	MÉDICO: LICOW MARQUES	CRM: 6989
-------------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

RN: NOME DO PACIENTE:
NÃO JANAIRA DA SILVA CORREIA

SEXO: F	NASCIMENTO: 01/09/1997	IDADE: 21a 7m 2d	RG:	CPF:	CARTÃO SUS: 898003405210269
---------	------------------------	------------------	-----	------	--------------------------------

MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE E TIPO DE LEITO SOLICITADO

DATA DE ADMISSÃO: 02/04/2019	ENFERMARIA: DALIA	LEITO: 01	INTERNAÇÃO ATUAL: -----	GTA: NÃO
---------------------------------	----------------------	--------------	----------------------------	-------------

TIPO DE LEITO SOLICITADO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDIA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

PESO (Kg): DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DE FÉMUR DIREITO + FRATURA DISTAL DE FÍBULA DIREITA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, APRESENTANDO DOR À DEAMBULAÇÃO EM MID.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM:

GRAVIDADE DO CASO: ESTÁVEL	PRES. ARTERIAL: 130X70	FREQ. CARDIÁCA: 72	FREQ. RESPIRATÓRIA: 16	GLASGOW: 15	FEBRIL: NÃO
-------------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------	----------------	----------------

SUPORTE O2: Nenhum	SUPORTE HEMODINÂMICO: Nenhum	OUTRO SUPORTE:
-----------------------	---------------------------------	----------------

CATETER SVD: CATETER CVP: CATETER SNG: OUTRO CATETER:

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: NÃO CAUSA: INDETERMINADA

MEDICAÇÕES EM USO: VOLTAREN 75MG (1 dias) DIPIRONA (1 dias)

RESULTADOS DE CULTURAS:

CULTURAS EM ANDAMENTO? NÃO PROVENIENTE DE UNI. HOSP.? SIM RELATÓRIO CCIH? NÃO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

MOVIMENTAÇÃO**PENDÊNCIAS**

1. ENVIO: Aquilino Eliseu Marques de Medeiros (solicitante) 03/04/19 •
18:59

NÃO HÁ REGISTRO DE PENDÊNCIA.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES-MA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti-Rh
-

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parental
-

Paciente Jairara da Silva Correia Nº AIH _____

Procedimento Anterior _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA

Paciente. Necessitando de Acompanhante

~~Dr. Lígia Marques C. Batista
Médico~~

DATA

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA

Assinatura do CPF





HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO S.
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS

Laudo para solicitação de autorização de internação o
hospitalar

Identificação do estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO	2 - CNES 2452820
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO	4 - CNES 2452820

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE JAINARA DA SILVA CORREIA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 19011041			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 01/09/1997	9 - SEXO () Masc. (X) Fem.	10 - RACA/COR PARDA	10.1 - ETNIA NAO SE APLIC
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL NEUZIMAR DA SILVA CORREIA	12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) PAIOL DO CENTRO, Povoado PAIOL DO CENTRO	14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PARNARAMA	15 - COD IBGE MUNICÍPIO 210780	16 - UF MA	17 - CEP 65640000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vit. d. cond. motociclistico, qd. d. da e mobilizq d. MJD</i>
--

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Artrite lombar</i>

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamnese + Exam Físico</i>
--

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fad. d. Fim?</i>	22 - CID 10 PRINCIPAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Triage</i>	26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
27 - CLÍNICA Clínico	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	29 - DOCUMENTO (X) CNS	30 - N° DOC. (CNS/CPF) DO SOLICITANTE () CPF
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Francisco Procedomio da Silva</i>	32 - DATA DE SOLICITAÇÃO 03/04/2019	33 ASSINATURA E CARIMBO <i>Dr. Francisco C. Procedomio da Silva</i>	

PREENCHER EM CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - N° DO BILHETE	39 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CNAE DA EMPRESA	42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO	() APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"



Nº Enfermaria Dália
Nº Leito _____
Nº Prontuário _____

NOmE: Jaiuara da Silva Correia IDADE: 21 anos SEXO: F

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		Horário Aplicação Medicamento	Observação	
09/04/19	# Fratura de Femur (D) # Fratura de Tibia (Reg. Dintel) Co: ① Dietar oral livre ② SFG, 3r. - 500ml (E) isotônico ③ Voltarix 750mg (D) 1x/dia ④ Dexametasona - 0,1 Alup + AS (E) 8/84 ⑤ Cetoprofeno 100mg + 200ml SFG, 5x (E) 1A/12h ⑥ Dipirona - 0,1 Alup + AS (E) 6/84 ⑦ 887V + CRBG	3: () 18 06	14 22 06	
		102 24 12 18 24 06		
	Aguardando Transferência			
	Dr. Aquilino Marques MÉDICO CRM-PI 4499 / CRM-MA 7062			





ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF / PSB

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME José da Silva Pereira
IDADE 21 SEXO: MASC. FEM.
ENDERECO
DADOS CLÍNICOS

EXAMENS SCIENTIFIQUES

$$= \Phi_{\alpha \beta \gamma} F_{\gamma \mu \nu} \partial / \partial \mu$$

- Rx d¹ Janhwa D¹ ¹ ¹ ¹

- Rad. Tanzer. D. { PP

DATA

03 / 24 / 18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS
É PROIBIDO A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS

Realizada dia 03.04.19





ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÓES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"



Nº Enfermaria Manic
Nº Leito 04
Prontuário

NOME:

Town of the Com-

IDADE:

DATA	Prescrição Médica - Assinatura
	<p>Fratura de Fracra Dextra Fratura Distal de Fibula Dextra</p>
03/09/11	<p>01 Dente da boca 01 SF 091. - 1000 @ 10/11/12 01 Voltaren 2% - 10g. 12/12/12 01 Diprop. creme 10g 1/10/10 01 Imidoprop. d. mala 10g 1/10/10 01 ASV + CCGC</p>
	<p>Agrad. Triageira</p>
	<p>21:40 Reunião Vmo</p>
	<p>ct ① S.V.D</p>
	<p>Romero Moura Alves MEDICO CRM-MA 5996</p>

RELATÓRIO DE

Horário Aplicação Medicamento

84

20.10 X. 1994

~~Romero Moura Alves~~
~~MÉDICO~~
~~CRM-MA 5996~~

16h - Paciente J. S. B.
21 anos, sexo feminino,
casada, filha de famílias
admiráveis. No dia
de Saúde que serviu
de base para a
orientação médica:
1 dia, apresentando
falta de sono (e per-
da de apetite) e
fome. Ainda
comida suíte, recep-
ta no dia seguinte. Nigra
topália. Sos e papoila
explicado. Feito a prova
de exame de g. V.O. Tudo
respiratório e g. V.O. e
normal. Eliminação
física, gasto e expectativa
Reduzido. Fornecido prece-
dente e cuidados de G. V.O.
Acrescentado g. V.O. e
MSE. No mesmo dia
dado transpirina e h-
pital de repouso. At
cuidados



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

REGISTROS DE ENFERMAGEM

DATA: 03/07/19

NO: <i>Jaínara da Silva Corrêa</i>	ENFERM: <i>Dália</i>	IDADE: <i></i>	SEXO: <i>F</i>											
SINAIS VITAIS														
HORA	PA	TAX	FC	FR	SPO2	GLICEMIA	ESCORE DOR	HORA	ANOTAÇÕES					
06:00								18:00	<p><i>Paciente segue em leito cama vítima de acidente de motocicleta gravado no Verno 0 relata dor na perna D. Seguindo liberação de leito</i></p> <p><i>Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</i></p>					
12:00								22:00	<p><i>Realizou gabinete de SVS; Retorno ao leito grau 2 - dor pectoral</i></p> <p><i>Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</i></p>					
18:00	<i>Box 70</i>							22:25	<p><i>Enviado 1500 mL de leite.</i></p> <p><i>Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</i></p>					
24:00	<i>12 x 08</i>							24:00	<p><i>Paciente segue no leito sem sequelas Sem queixa de dor</i></p> <p><i>Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</i></p>					
SAÍDAS														
HORA	SNG	VÔMITOS	DRENOS	SVD	DIURESE	EVACUAÇÕES								
06:00														
12:00														
18:00														
24:00														



Nome: **JAINARA DA SILVA CORREIA**

Prontuário : ENF.: LEITO
23878 : 105 : 01

'NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES, CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO,
'CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO
SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H o R o C

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José de Souza Correa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191800341052101269

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A M A E

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOANO BAIRRO DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 6516910000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1. Vient com jardim de plantas
2. dentro da casa

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Jardim s

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

2

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Recomendado

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (NÚMERO DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF





**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: JAINARA SILVA CORREIA Sexo: F Número: 0024588
Endereço: AV. DO VILA NOVA, 1000 Idade: 21
Município: DOURO DO SUL Distrito: _____ Zona: _____
Data de Admissão: 04/04/19 Hora: 14:30 Encaminhado da Área: _____ G. Alvo: _____

Documento N° _____ Raca Cor:

1. **Mesma Unidade** 1.1 **Ambulatório** 1.2 **Outro Clínico do mesmo Hospital**
2. **Outra Unidade** 2.1 **Ambulatório** 2.2 **Hospital**
3. **Entrada de Emergência** 3.1 **Acidentado** 3.2 **Outros**

Data de Nascimento: 01/09/97 Naturalidade: _____ Estado Civil _____ Grau de Instrução _____
Peso: 60 kg; Altura em: 1,70 m; Estado Nutricional: Ótimo

Instituição Previdenciária: Segurado: Dependente: Cônjugue:

Instituição Previdenciária. Segurado Dependente Outros

Mae: _____

Nome do Responsável: _____ Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho:

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos e Familiares:

HISTÓRIA CLÍNICA

Immediato conciso sobre a doença atual:

Exame Clínico:

Diagnóstico de Admissão:

Fco das Chagas B. Souza
-Academia e Traumato-
-RM-MA 9532

Data do Diagnóstico / /

ca: _____ Assinatura do Médico que Admitiu o Paciente: _____



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H. R. C

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

JAINARA MA SILVA CORRÊA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

81918001319015711012619 01/09/97

Masc.

Fem.

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

NEUZAMAR SILVA CORRÊA

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

DDD

POCO ADO PHOL DO CENTRO

N° DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PARNAMAMA

MA

65610000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

OSTEOS DE TNZ D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

OSTEOS DE TNZ D

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CRM-MA-28287/2019-09-04

CRM-MA-28287/2019-09-04

CRM-MA-28287/2019-09-04

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H. R. C

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

JAINAKA MA SILVA CORREIA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NEUTAMAR SILVA CORREIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

A MÃE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

POVOADO PIOL DO CENTRO

PARNAKAMA

MA 656910000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Bel f - leva

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

✓

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Jaqueline da Silva Pereira Idade: 21 Leito: _____

Condições Pré-Operatórias:

Exames Clínicos: contraindicado

Risco (Asa): II

Premedicação:

Hora:

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	SEQUÊNCIA
	5 4 3 2 1	
LÍQUIDO	SOLUTO 500 400 300 200 100	O X ~ + Es ~
TEMPERATURA	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	6m
P. ARTERIAL: V A	38	EJRC
PULSO	36	MFC
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	34	
INÍCIO E FIM ANESTESIA O	32	
RESPIRAÇÃO	30	
SÍMBOLOS	AB	DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Gem

Acidente - Incidente:

Justificativas:

OXIGÉNIO	
Início:	<u>38/1</u>
Término:	

PACIENTE TRANSFERIDO		
GS:	RH:	VOL.

Transferido - 01A.

TOTAL DE DOSES

Flaxedil 1 amp Thionambutal 15 gm Soro Glicosado 500 ml 02
 Inoval 1 amp Atropina 02 amp Soro Fisiológico
 Quelito 01 fr Prostomin 02 amp Água Bidestilada 10 ml amp
 Fentanil 02 ml Adrenalina 1 amp Xylocaína %
 Valium 1 amp Butetely N° unid

Charocina 01A
Parox 01A
CG 01A

1A 01 0019

Paulo Henrique





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO - CAXIAS-MA

EMSERF
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: José Inácio da Silva Correia Idade: _____ Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: _____

Premedicação: _____

Risco (Asa): _____

Hora: 15:55h

SEQUÊNCIA

SI 2000

Efus
febre

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	100%	50%	25%	10%	5%	2%	1%	0%
LÍQUIDO	SOLUTO	500							
	SANGUE	400							
	OUTROS	300							
TEMPERATURA	C°	260							
		240							
		220							
P. ARTERIAL:	38	200							
<u>160x80</u>		180							
PULSO	36	160	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
		150							
	34	140							
		120							
	32	100							
		80							
		60							
		40							
		20							
RESPIRAÇÃO	30	10							
SÍMBOLOS									

DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Regional 2011

Regional 2011

Acidente - Incidente: 2011 rif

2011 rif

Justificativas: 2011 rif

2011 rif

OXIGÉNIO
Início: <u>15:55</u>
Término: <u>16:50</u>

PACIENTE TRANSFERIDO		
GS:	RH:	VOL:

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp
Inoval _____ amp
Quelito _____ fr
Fentanil _____ ml
Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm
Fluothane _____ ml
Atropina _____ amp
Prostamina _____ amp
Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml _____
Soro Fisiológico _____ 04 _____ ml
Água Bidestilada 10 ml _____ amp
Xylocaina _____ % _____
Butetil N° _____ unid.





BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: JAINARA DA SILVA CORREIA Idade: 21 Leito:

Condições Pré-Operatórias: Fratura de fêmur direito - Osteosíntese

Exames Clínicos: ok Risco (Asa): F

Premedicação: 0.1 Hora:

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUENCIA									
		3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
LÍQUIDO	SOLUTO	500									
	SANGUE	400									
	OUTROS	300									
		200									
		100									
TEMPERATURA T	C°										
F. ARTERIAL: V	38	160									
A											
PULSO	36	140									
INICIO E FIM ANESTESIA X	34	120									
INICIO E FIM ANESTESIA O	32	100									
RESPIRAÇÃO	30	80									
SÍMBOLOS											

Técnica de Anestesia: 70% isoflurano + 0100% O2 e 02 a 03 ml/min

Acidente - Incidente: 01 mala 4mg + Tensil 100 + Transtano 100 + Bupivacaina

Justificativas: 01 mala 4mg + Tensil 100 + Transtano 100 + Bupivacaina

01 mala 4mg + Tensil 100 + Transtano 100 + Bupivacaina

OXIGÊNIO	
Início: <u>15:30</u>	
Término: <u>17:10</u>	

PACIENTE TRANSFERIDO		
GS:	RH:	VOL.

TOTAL DE DOSES

Flaxedil 1 amp
Inoval 1 amp
Quelito 1 fr
Fentanil 0.01 ml
Valium 1 amp

Thionambutal 1 gm
Fluothane 1 ml
Atropina 0.7 amp
Prostomin 250 0.1 amp
Adrenalina 1 amp
Soro Glicosado 500 ml 100
Soro Fisiológico 100 ml 100
Água Bidestilada 10 ml 10 amp
Xylocaína 100 ml 20 mg
Butetaly N° 1 Unid

- Bupivacaina 0.5 - 20ml + 10g - 20ml

Well Carvalho



BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAINARA MARCELA CORDEIRO Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Operação: Frm nis código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: Mos us Anestesista _____

Auxiliares 1º: _____ 2º: _____

Instrumentadora: M Cip Circulante: _____

Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: _____

Acidente - Incidente: _____

Data: 11/11/19 Cirurgião- CRM: _____





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAIR PARA M. SILVA CORREIA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: Fratura de tibia

Operação: Abordagem lateral da tibia código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: DR. B us Anestesista _____

Auxiliares 1º: _____ 2º: _____

Instrumentadora: DR. B Cirular: _____

Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Abordagem lateral da tibia

Acidente - Incidente: _____

Data: 27/03/16 Cirurgião- CRM: _____

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PI: 1976





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAIWARA DA SILVA CORREIA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: fratura fíbula _____

Operação: redução + fixação código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: DR. ALCIDÉS us Anestesista DR. HERSCHEL

Auxiliares 1º DR. LUIS RICARDO 2º _____

Instrumentadora: PAULO CESAR Circulante: PAULINHO

Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Open

Acidente - Incidente: _____

Data: 30 / 04 / 2019 Cirurgião- CRM _____

Dr. Alcides Maranhão da S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PI: 7476





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO
CAIXIAS-MA

13:50 121X 67- 106
13:50
EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

NOME: Jacucana da Silva Pereira SEXO: F LEITO
PROCEDIMENTO: Fixação Enxerto INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35
CIRURGIÃO: Dr. Alcides MÉDICO AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: Ana Lúcia CIRCULANTE: Márcia + Taticea
ANESTESISTA: DR. Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE PERIDURAL GERAL tubo 7,5

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração nº		Formol		Ampicilina
	Agulha de Insulina		Sonda Aspiração nº		Agua Oxigenada		Cefalotina
03	Agulha 25,7		Sonda Gástrica nº		ANESTÉSICOS	01	Cefazolina
01	Agulha 30x8		Espónja gel nº		Xylocaina gel		Gentamicina
01	Agulha 40x12		Cottonoide nº		Xylocaina spray		
	Agulha raque nº		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Agulha raque nº		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Agulha peridural nº		Faixa de smarch		Neocaína pesada	03	Fisiológico 0,9% 500ml
01	Seringa 1 ml	01	Comp. de gazes		Neocaína isobárica		Glicosado 5% 500ml
01	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N		Ringer lacerado 500ml
01	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		Manitol
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº		Adrenalina		
	Cateter jelco nº 14		Atadura de crepon nº	05	Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco nº 16	02	Atadura de crepon nº	05	Atropina		Dormine
	Cateter jelco nº 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco nº 20	01	Espadrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jelco nº 22	01	Toca c/ elástico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco nº 24	01	Garro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
04	Cateter ocular O2	01	Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg	0	Propofol
	Cordclamp	01	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp nº 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp nº 21	07	Mononylon nº 210		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp nº 23		Mononylon nº	01	Decadron		Halotano
	Scalp nº 25		Mononylon nº		Dipirona	01	ma ficea long
	Scalp nº 27		Mononylon nº		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº		Efertil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº	01	Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº		Ergotrate inj	OK	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot nº		Furozemida	OK	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl nº 210		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose nº		Vicryl nº		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sução nº		Vicryl nº		Glicose 50%	OK	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº		Geramicina	OK	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples nº		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples nº		Heparina	OK	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº		Kanakion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº		ketalar	01	reto prope
04	Lamina de bisturi nº 24		Cat. gust. cromado nº		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado		Niprid	02	Encurr
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº		Fios Sutupak s/ agulha	04	Prosfgmine	01	sovo fluncino
02	Luvas estéril nº 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
02	Luvas estéril nº 6,5				Karitubano	01	tuho 7,5
04	Luvas - 6,0						

Data - 11-04-19
M. dos Milagres O. Bezerra Santos
Téc. de Enfermagem
COREME/MA 217714

BR 316 - Sentido Caxias - Teresina, entre km 563 a 564
CNPJ: 07.229.374/0005-56





**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO
CAIXAS-MA**

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

NOME: Spinaro da Silva Ferreira SEXO: F LEITO
PROCEDIMENTO: Abordagem Tornozelo INICIO: 15:55 TERMINO:
CIRURGIÃO: Dr. Gleides MÉDICO AUXILIAR: Dr. Luis Ricardo
INSTRUMENTADOR: José CIRCULANTE: Raquel Ferreira
ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE PERIDURAL GERAL

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração nº		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração nº		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica nº		ANESTÉSICOS		Cefazolina
	Aguilha 30x8		Espónja gel nº		Xylocaina gel		Gentamicina
	Aguilha 40x12		Cottonoide nº		Xylocaina spray		
	Aguilha raque nº 25,5		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque nº		Tela de prolene		Xylocaina pesada		
	Aguilha peridural nº		Faixa de smarch	2	Neocaína pesada	3	Fisiológico 0,9% 250ml
	Seringa 1 ml	100	Comp. de gazes		Neocaína isobárica		Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 3 ml	80	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		Ringer lacrado 500ml
	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº				Manitol
	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº				
	Cateter jelco nº 14	9	Atadura de crepon nº				
	Cateter jelco nº 16		Atadura de crepon nº				
	Cateter jelco nº 18		Micropore				
	Cateter jelco nº 20	20cm	Espadrador				
	Cateter jelco nº 22		Toca c/ elástico				
	Cateter jelco nº 24		GORRO masculino				
	Cateter ocular O2		Sapatilha				
	Cateter peridural		Máscara				
	Cordclamp	1	Escova desc degerma				
	Scalp nº 19		Fios agulhados				
	Scalp nº 21	1	Mononylon nº 20				
	Scalp nº 23		Mononylon nº				
	Scalp nº 25		Mononylon nº				
	Scalp nº 27		Mononylon nº				
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº				
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº				
	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº				
	Equipo micro gotas		Polycot nº				
	Equipo de sangue	1	Vicryl nº	5			
	Dreno penrose nº		Vicryl nº				
	Dreno succção nº		Vicryl nº				
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº				
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples nº				
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples nº				
	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº				
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº				
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº				
	Lamina de bisturi nº	24	Cat. gust. cromado nº				
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado				
	Lamina de gilete						
	Bisturi descart	nº	Fios Sutupak s/ agulha				
	Luvas estéril nº	20	Cera de Osso				
	Luvas estéril nº	7,5					

23.04.19
M. Raimunda Ribeiro
Téc. em Enfermagem
COREN-MA 433

BR 316 - Sentido Caxias - Teresina, entre km 563 a 564
CNPJ: 07.229.374/0005-56



NOME: JANAINA DA SILVA CORREIA SEXO: F LEITO
 PROcedimento: OSTEOSSINTese FEMUR D INICIO: 15:15 TERMINO: 17:10
 CIRURGIÃO: DR. ALCIDES MÉDICO AUXILIAR: DR. LUIS RICARDO
 INSTRUMENTADOR: PAULO CESAR CIRCULANTE: RAIMUNDO
 ANESTESISTA: DR. HERSCHELL ANESTESIA: RAQUE PERIDURAL GERAL

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente	05	Sonda Aspiração nº 12		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração nº		Água Oxigenada		Cefalotina
02	Aguilha 25.7		Sonda Gástrica nº		ANESTÉSICOS	02	Cefazolina
02	Aguilha 30x8		Esponja gel nº		Xylocaina gel		Gentamicina
02	Aguilha 40x12		Cottonoide nº		Xylocaina spray	01	DEXAMETASONA
01	Aguilha raque nº 25		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque nº		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural nº		Faixa de smarch		Neocaína pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gases		Neocaína isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N	03	Ringer lacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº		MEDICAMENTOS	01	RASTEDO C/18
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº		Adrenalina	01	BRONQUOL
	Cateter jelco nº 14	06	Atadura de crepon nº 5		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco nº 16		Atadura de crepon nº	03	Atropina		Dormine
	Cateter jelco nº 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
01	Cateter jelco nº 20	×	Esparadrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jelco nº 22	×	Toca c/ elástico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco nº 24	×	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular O2		Sapatiilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordelclamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp nº 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp nº 21	04	Mononylon nº 2.0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp nº 23		Mononylon nº		Decadron		Hallotano
	Scalp nº 25		Mononylon nº	02	Dipirona	01	BOPIVACAINA
	Scalp nº 27		Mononylon nº		Dobutamina	01	CETOCRISTAL
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº		Efortil		Taxas Equipamentos
01	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº	01	Efedrina	×	Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº		Ergotrate inj	×	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot nº		Furozemida	×	Ar comprimido
	Equipo de sangue	03	Vicryl nº		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose nº		Vicryl nº		Glicose 25%		Rx em sala
01	Dreno sucção nº		Vicryl nº		Glicose 50%	×	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº		Geramicina	×	Oxmetro de pulso
	Urofilix sist. fechado	01	Cat. gust. simples nº 2.0		Gluconato de Cálcio	×	Carro de anestesia
	Urofilix sist. aberto		Cat. gust. simples nº		Heparina	×	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº		Kanakion		
01	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº		ketalar		
01	Lamina de bisturi nº 24		Cat. gust. cromado nº		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº		Fios Sutupak s/ agulha		Prostgmine		
03	Luvas estéril nº 7.5		Cera de Osso		Pavolonsa		
03	Luvas estéril nº 6.5						
02							

Raimundo Francisco Pereira de Deus
 Téc. de Enfermagem
 COREN-MA: 590.698
 30/04/19

BR 316 - Sentido Caxias - Teresina, entre km 563 a 564
 CNPJ: 07.229.374/0005-56



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 04/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	1800
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 HS	18
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	18
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 1X DIA	18
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 8/8 HS	12
7-CCGG	12

Dr. Alcides
Oncologista
Caxias
Médico de S. Física
Cirurgião
Anestesiologista
Enfermeiro

Assinatura: M. M. de Souza
Coordenador de Enfermagem





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 05/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21
DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	
FRATURA DE FEMUR D PRE OPERATORIO	
PRESCRIÇÃO	
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0, 9 %-EV 20 GOTAS/MIN	(560)
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) (06) 06/04
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	19 20 06/04
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 (06) 06/04
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 06/04 19
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	
<i>Dr. José Inácio Ribeiro Reis Ortopedia e Traumatologia SBOT/SEST/14281 CRM-MA 8475</i>	

10 - Conserto de ferida
(24) - 01 sifto
+ no fechamento.

392-1443

*Dr. Alcides José
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2520 / CRM-PI: 1976*





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 06/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	celvele
2-SF 0, 9 %-EV 20 GOTAS/MIN	(50)
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	17:30
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	13:55
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18
7-CCGG	18
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	07
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN	08
	09
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	21
	22
	23
	24
	25
	26
	27
	28
	29
	30
	31
	32
	33
	34
	35
	36
	37
	38
	39
	40
	41
	42
	43
	44
	45
	46
	47
	48
	49
	50
	51
	52
	53
	54
	55
	56
	57
	58
	59
	60
	61
	62
	63
	64
	65
	66
	67
	68
	69
	70
	71
	72
	73
	74
	75
	76
	77
	78
	79
	80
	81
	82
	83
	84
	85
	86
	87
	88
	89
	90
	91
	92
	93
	94
	95
	96
	97
	98
	99
	100
	101
	102
	103
	104
	105
	106
	107
	108
	109
	110
	111
	112
	113
	114
	115
	116
	117
	118
	119
	120
	121
	122
	123
	124
	125
	126
	127
	128
	129
	130
	131
	132
	133
	134
	135
	136
	137
	138
	139
	140
	141
	142
	143
	144
	145
	146
	147
	148
	149
	150
	151
	152
	153
	154
	155
	156
	157
	158
	159
	160
	161
	162
	163
	164
	165
	166
	167
	168
	169
	170
	171
	172
	173
	174
	175
	176
	177
	178
	179
	180
	181
	182
	183
	184
	185
	186
	187
	188
	189
	190
	191
	192
	193
	194
	195
	196
	197
	198
	199
	200
	201
	202
	203
	204
	205
	206
	207
	208
	209
	210
	211
	212
	213
	214
	215
	216
	217
	218
	219
	220
	221
	222
	223
	224
	225
	226
	227
	228
	229
	230
	231
	232
	233
	234
	235
	236
	237
	238
	239
	240
	241
	242
	243
	244
	245
	246
	247
	248
	249
	250
	251
	252
	253
	254
	255
	256
	257
	258
	259
	260
	261
	262
	263
	264
	265
	266
	267
	268
	269
	270
	271
	272
	273
	274
	275
	276
	277
	278
	279
	280
	281
	282
	283
	284
	285
	286
	287
	288
	289
	290
	291
	292
	293
	294
	295
	296
	297
	298
	299
	300
	301
	302
	303
	304
	305
	306
	307
	308
	309
	310
	311
	312
	313
	314
	315
	316
	317
	318
	319
	320
	321
	322
	323
	324
	325
	326
	327
	328
	329
	330
	331
	332
	333
	334
	335
	336
	337
	338
	339
	340
	341
	342
	343
	344
	345
	346
	347
	348
	349
	350
	351
	352
	353
	354
	355
	356
	357
	358
	359
	360
	361
	362
	363
	364
	365
	366
	367
	368
	369
	370
	371
	372
	373
	374
	375
	376
	377
	378
	379
	380
	381
	382
	383
	384
	385
	386
	387
	388
	389
	390
	391
	392
	393
	394
	395
	396
	397
	398
	399
	400
	401
	402
	403
	404
	405
	406
	407
	408
	409
	410
	411
	412
	413
	414
	415
	416
	417
	418
	419
	420
	421
	422
	423
	424
	425
	426
	427
	428
	429
	430
	431
	432
	433
	434
	435
	436
	437
	438
	439
	440
	441
	442
	443
	444
	445
	446
	447
	448
	449
	450
	451
	452
	453
	454
	455
	456
	457
	458
	459
	460
	461
	462
	463
	464
	465
	466
	467
	468
	469
	470
	471
	472
	473
	474
	475
	476
	477
	478
	479
	480
	481
	482
	483
	484
	485
	486
	487
	488
	489
	490
	491
	492
	493
	494
	495
	496
	497
	498
	499
	500
	501
	502
	503
	504
	505
	506
	507
	508
	509
	510
	511
	512
	513
	514
	515
	516
	517
	518
	519
	520
	521
	522
	523
	524
	525
	526
	527
	528
	529
	530
	531
	532
	533
	534
	535
	536
	537
	538
	539
	540
	541
	542
	543
	544
	545
	546
	547
	548
	549
	550
	551
	552
	553
	554
	555
	556
	557
	558
	559
	560
	561
	562
	563
	564
	565
	566
	567
	568
	569
	570
	571
	572
	573
	574
	575
	576
	577
	578
	579
	580
	581
	582
	583
	584
	585
	586
	587
	588
	589
	590
	591
	592
	593
	594
	595
	596
	597
	598
	599
	600
	601
	602
	603
	604
	605
	606
	607
	608
	609
	610
	611
	612
	613
	614
	615
	616
	617
	618
	619
	620
	621
	622
	623
	624
	625
	626
	627
	628
	629
	630
	631
	632
	633
	634



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 07/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21
DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO	
FRATURA DE FEMUR D PRE OPERATORIO FRATURA DE TORNOZELO D SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO	
PREScriÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	5F: 500 + 500 8/02
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT 18 06:00 22
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	10 22 06:00
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	10 22 06:00
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	10 22 06:00 12/12
7-CCGG	
8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN	Atenção
9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO	

Fco das Drs. Dragoes B. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9527
Keylla Lacerda Braga
Enfermeira
COREN-MA 427.776





ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

EMSERH

Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 09/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
.GURADA HEMOTRANSFUSAO

PREScrição	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	08:00
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	18 06
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR	06
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 06
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 06 06
7-LOSARTANA 50 MG---1 COMP VO 12/12H	18 06
8 - (FT) 100 + 10 ~ 12- D 14	18 06

Dr. José Luiz de Almeida Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
SBOTTEOT 14201
CRM-MA 0077

Enfermista M. M. de Souza
COREN-MA 0719013-ENF





ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 09/04/19

Nome	Idade
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
07/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

PREScriÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	Reita livre
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	(5860 5840)
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) 060
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR	5m
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	100 00 060 100
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	180 240 060 120
7-CCGG	-
<i>Un. Dr. Henrique Rocha Ribeiro Ortopedia e Traumatologia SOT/NEOT 14281 CRM-MA 0772</i>	



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, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190478626 **Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA**

Data do Acidente: 02/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAINARA DA SILVA CORREIA

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

Carta nº 14712068



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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190478626 **Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA**

Data do Acidente: 02/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAINARA DA SILVA CORREIA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JAINARA DA SILVA CORREIA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000095908-0

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