



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
12580960	16/10/2020 19:07	Petição Inicial	Petição Inicial
12580975	16/10/2020 19:07	04-Oficio 187-CGJ-JUSTIÇA GRATUITA-LEI 1.060 de 1950	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12580969	16/10/2020 19:07	05-Informações do Sinistro nº 3190-478626	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL EM PDF ANEXO



Procedório Advocacia e Consultoria Jurídica
Dr. José Francisco Procedório da Silva
OAB/PI Nº 12.813

PROCURAÇÃO AD JUDITIA

OUTORGANTE: <u>Jamaira da Silva Correia</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>Casada</u>	Profissão: <u>maravista</u>
RG nº: <u>049613802013 - 0 - SSP/PI</u>	CPF/MF nº: <u>6562331335</u>	
Endereço: <u>Povoado Paiz do Centro - Cid. de Parnaíba</u> <u>CEP 65640-000</u>		

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 Ação de cobrança de diferença de indenização de

seguro DPVAT acidente de trânsito

Teresina - PI, 20 de fevereiro de 2020.

* Jamaira 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





Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B:
Nº da Fatura: 0201903001047997 001047997
Instalação: 2000050278

CFOP: 5258/AA



Companhia Energética do Maranhão

Alameda A, Qd 505, nº 100, Loteamento Quitandinha,
Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900
Insc. Estadual: 120.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,
Informe este número

Conta do Mês

03/2019

Vencimento

18/04/2019

3000043350

Dados do cliente

LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO

PV PAIOL CENTRO 15106

CENTRO 65640-000 PARIARANA MA

Nº Parcela de Regulação: 100000650/

Grupo e Subgrupo de Tensão: 0/01

Tipo de Tarifa: COMERCIAL RENTABILIA

Classificação: Residencial Puro

Perdas no Ramal (KWh): 0,00

CPI: 016.439.823.62

Tensão Nom.: 220 V 60

UL/Seq: PK2/0002-1000

Nº Medidor: 10140865929

Fator de Potência: 0,80

Datas

Emissão 11/03/2019

Apresentação 11/04/2019

Previsão próxima leitura 11/04/2019

Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	78	0,556020	43,91
ICMS			10,94
PIS			0,70
COFINS			3,24
Itens Financeiros			
Cip-Ilum Pub-Prof Munic			3,95
Multa			2,61
Juros			0,96

Total a pagar: R\$68,31

Informações de tributos

Tributos	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	43,91	25,00	10,97
PIS	43,91	0,65	0,29
COFINS	43,91	7,50	3,29

Reservado ao Fisco

Reservado ao Fisco	Valor (R\$)
Reservado ao Fisco	0,00

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Dias	Resolução Aneel
1,00	11/02/2019	11/03/2019	30	2438/18
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	2.153	2.231	78	0,556020

Resumo de Vencimento

Informações para o cliente

* A CEMAR, em atendimento à Lei Federal nº 12.007 de 29/07/2009, declara quitado os débitos relativos ao ano de 2018, excetuando os débitos posteriormente apurados, tais como os valores decorrentes de consumo eventualmente não registrado ou revisões de faturamento apurados no mesmo período. Esta declaração substitui as declarações entregues nos anos anteriores.

Períodos: Band. Tarif.: Verde: 12/02 - 15/03



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Jainara da Silva Correia		
Brasileiro (a)	Casada	Married
RG nº: 048613802013	CPF/MF nº: 61562334335	
Endereço: Povoado Paíol do Centro - Cidade de Parnaíba - MA, CEP 65.640.000		
<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\$: <u>404,50 (Mil quarenta e cinco reais)</u> 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.

* Jainara da Silva Correia
(CPF 615.623.373-35)





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



54446

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 NATURALIDADE: PARNARAMA NACIONAL:
NASCIDO EM: 1/9/1997 RG/ÓRGÃO: 049613802013-0-SSP/MA CPF: 61562337335
FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA
FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA
PROFISSÃO: LAVRADOR(A) CEP: 65640-000
ENDEREÇO: 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/MATÕES-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



Jainara da Silva Correia
Comunicante

João Batista da Silva
Escrivão de Polícia Civil
Escrivão(a)

Kerissa Walkiria Lima Costa
Registrante

Assinatura: _____
Assinatura para fins de Direito

5/7/2019 09:11:20



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

11600464595304 Nº 012477379773
DETTRAN-MA
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD: RENAVAM: RULTRC: EXERCÍCIO: 2016
AA4595304

NOME: NEUZINAR DA SILVA CORREIA

CPF / CNPJ: 020.243.343-93 PLACA: NXN9245
CHASSI: 9C2HB0210CR002920

PLACA ANT / LIP: V. NOVO / MA

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/POP100 ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 2012

CAP / POT / CIL: 00002P/0057 C1 CATEGORIA: PARTICU VERMELHA
COR PREDOMINANTE: 3 00000000

COTA ÚNICA: 18/03/16 1 00000000
VENG / COTAS: 2 00000000

FAIXA LÍVIA: 01 PARCELAMENTO / COTAS: 3 00000000

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

PREMIO OBRIGATORIO
H202E10002920
S/R 000/SEM RESERVA DE DOMINIO
NAO VALIDO PARA TRANSPARENCIA

MATDES-MA DATA: 22/03/2016

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

MA Nº 012477379773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
020.243.343-93
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
RAC DPVAT 0960 022 1204
11600464595304

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 22/03/2016

VIA: 1 CPF / CNPJ: 020.243.343-93 PLACA: NXN9245
RENAVAM: 444595304 MARCA / MODELO: HONDA/POP100
ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 09 CHASSI: 9C2HB0210CR002920

PREMIO TARIFÁRIO
FNL (R\$): 129,04 DENTRAN (R\$): 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$): 148,38
CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IDP (R\$): 1,11 COTA OBRIGATORIO (R\$): 292,01
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 18/03/16

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.942.000/0001-04
www.segurdoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA



HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Guia N°
19011041

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)

RAÇA/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:

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

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	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PULSO	SAT. O2	HGT	GLICEMIA CAPILAR
	Kg	mmHg	°C	bpm	%	mg/dl	
		130/100		70	99		

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

Paciente feminina acidental. Não há história de agravamento das lesões. Zoonose. M.T.D.

DIAGNÓSTICOS:

Fratura fêmur l

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX Coxa Femoral (AP/P)

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

cd: ① Analgésico Plasm + AD EV 8/8h 20:30 (09:30)
② SFD 9% de NaCl IV ± 20 (17:30)
③ Buprenex 2cc + AD EV 4/4h 20:30 (02:30)

OBSERVAÇÃO: (X) SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA: () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

GUIA EMITIDA POR: bentosantos



HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO
ADMISSÃO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

Dados do Paciente

PACIENTE: **JAINARA DA SILVA CORREIA** DATA NASC.: IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias
CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO ESTADO CIVIL: CASADO(A) RAÇA/COR: PARDA
NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA
OCUPAÇÃO: ESCOLARIDADE:
TIPO DOC.: IDENTIDADE N° DOC.: 049613802013-0 N° CPF.: EMAIL:
LOGRADOURO: PAIOL DO CENTRO
BAIRRO: POVOADO PAIOL DO CENTRO 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



03/04/2019

Regulação de Leitos | Solicitações

Aquilino Eliseu Marques de Medeiros (solicitante) 03/04/2019

Regulação de Leitos

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

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÕES

RESPONSÁVEL:
LICOW MARQUESTELEFONE:
(98)8221-0000MÉDICO:
LICOW MARQUESCRM:
6989**DADOS PESSOAIS DO PACIENTE**RN: NOME DO PACIENTE:
NÃO JANAIRA DA SILVA CORREIASEXO: NASCIMENTO: IDADE: RG: CPF: CARTÃO SUS:
F 01/09/1997 21a 7m 2d 898003405210269

MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE E TIPO DE LEITO SOLICITADODATA DE ADMISSÃO: ENFERMARIA: LEITO: INTERNAÇÃO ATUAL: GTA:
02/04/2019 DALIA 01 ---- NÃO

TIPO DE LEITO SOLICITADO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDIA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS:

RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM:

GRAVIDADE DO CASO: PRES. ARTERIAL: FREQ. CARDÍACA: FREQ. RESPIRATÓRIA: GLASGOW: FEBRIL:
ESTÁVEL 130X70 72 16 15 NÃOSUPORTE O2: SUPORTE HEMODINÂMICO: OUTRO SUPORTE:
Nenhum Nenhum

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:

MOVIMENTAÇÃO1. ENVIO: Aquilino Eliseu Marques de Medeiros (solicitante) 03/04/19 •
18:59**PENDÊNCIAS**

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 Jainara da Silva Correia Nº AIH _____

Procedimento Anterior _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA

Paciente, Necessitando de Acompanhante

Dr. Lídia Nogueira C. Batista
Médico

DATA

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA

Assinatura do CPF





HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO
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 ESPÍRITO SANTO

2 - CNES

2452820

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

4 - CNES

2452820

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JAINARA DA SILVA CORREIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

19011041

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

9 - SEXO

() Masc. (X) Fem.

10 - RAÇA/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, Nº, BARRO)

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

Vit. de audição motocutânea, qtd. da mobilização de MSD

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Autismo

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Normal + Exa. Fina

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Falta de Fim?

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Clínica

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

29 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

30 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO SOLICITANTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DE SOLICITAÇÃO

03/04/2019

33 - ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Leonardo C. Batista
Médico
CRM-MA 8939

PREENCHER EM CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SEXO: F





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	Tatiana de Silva Pereira		
IDADE	21	SEXO:	() MASC. (x) FEM.
ENDEREÇO			
DADOS CLÍNICOS	Gravida - MTD		
EXAMES SOLICITADOS	- Rx de Fêmur D/AP - Rx de Tórax D/AP - Rx de Transv. D/AP		
DATA	03/04/19	ASSINATURA	
CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE			

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

Realizado dia 03.04.19

COPIAR PARA O SUS





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



Nº Enfermaria 141
Nº Leito 04
Prontuário

NOME: Jairana da Silva Correia

IDADE: 55

*Regulada CIL
alonga a
AA5*

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		Horário Aplicação Medicamento	serviço
03/11/20	<p># Fratura de Fêmur Direito # Fratura Distal de Fêmur Direito</p> <p>01 Duto de bina e SF 0,9% - 500ml @ 10/12/20 02 Voltar 71 - 100% @ 12/12/20 03 Dipeptido 200mg @ 6/6 por 04 Imunoglobulina de Mulo Equino 200ml 05 S.V.O. + CCGC</p> <p>Ass. J. S. B.</p>	<p><i>16h - 21h</i> <i>21h - 00h</i> <i>00h - 05h</i> <i>05h - 08h</i> <i>08h - 11h</i> <i>11h - 14h</i> <i>14h - 17h</i> <i>17h - 20h</i> <i>20h - 22h</i> <i>22h - 00h</i></p> <p><i>Retirar</i></p>	<p>16h - 21h J. S. B. 21h - 00h J. S. B. 00h - 05h J. S. B. 05h - 08h J. S. B. 08h - 11h J. S. B. 11h - 14h J. S. B. 14h - 17h J. S. B. 17h - 20h J. S. B. 20h - 22h J. S. B. 22h - 00h J. S. B.</p>
	<p>21:40 Retirar v. m.</p> <p>11 S.V.O.</p> <p>Romero Moura Alves MÉDICO CRM-MA 5996</p>		

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

REGISTROS DE ENFERMAGEM

DATA: 03/04/19

NOME: <u>Lainara da Silva Correia</u>								IDADE:		SEXO: <u>F</u>	
ENFERMIA: <u>Dalia</u>										LEITO: <u>03</u>	
SINAIS VITAIS								ANOTAÇÕES			
HORA	PA	TAX	FC	FR	SPO2	GLICEMIA	ESCORE DOR	HORA			
06:00								08:00	<p>Paciente segue em leito com vítima de acidente de motociclista, prontos no Vento D relata dor na parte de guardando liberação de leito</p> <p style="text-align: right;">Elaine Pereira da Silva Técnica de Enfermagem COREN-MA 1261326</p>		
12:00											
18:00	Box 20										
24:00	12 x 08							22:12	<p>Paciente apresenta dor SVD; Relata dor durante a noite</p> <p style="text-align: right;">Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</p>		
SAÍDAS											
HORA	SNG	VÔMITOS	DRENOS	SVD	DIURESE	EVACUAÇÕES		HORA			
06:00								22:25	<p>Enfermagem 1500 mL de diurese.</p> <p style="text-align: right;">Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957</p>		
12:00											
18:00								24:00	<p>Paciente segue no leito em repouso sem queixas de dor</p> <p style="text-align: right;">Elaine Pereira da Silva Técnica de Enfermagem COREN-MA 661575</p>		
24:00											



Nome:

JAINARA DA SILVA CORREIA

Prontuário

23878

ENF.:

105

LEITO

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.

DATA

EVOLUÇÃO

RUBRICA



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

HOROC

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

8198003405210269 01/09/1991

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

A MÃE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ROVANO BAIRRO NO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65691000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Verificar em ficha de planejamento do caso
ocorrer de caso

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Verificar

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

R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Rodriguez

S72

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUIR REGISTRO DO CONSELHO)

Rodriguez

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. 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 M SILVA CORREIA Sexo: F Número: 0024508
Endereço Municipal: ROUADO PAIO DO CENTRO Distrito: _____ Idade: 21
Data de Admissão: 04/04/19 Hora: 14:30 Encaminhado da Área: _____ G. Alvo: _____

Documento Nº _____ Raça Cor: _____

- | | | |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Mesma Unidade | 1.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 1.2 <input type="checkbox"/> Outro Clínico do mesmo Hospital |
| 2. <input type="checkbox"/> Outra Unidade | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital |
| 3. <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado | 3.2 <input type="checkbox"/> Outros |

Data de Nascimento: 01/09/97 Naturalidade: _____ Estado Civil _____ Grau de Instrução _____

Peso kg: _____ Altura em: _____ Estado Nutricional: _____

Cobertura: _____ Instituição Previdenciária: ☐ Segurado ☐ Dependente ☐ Outros

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Nome do Responsável: _____ Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos e Familiares: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre a doença atual: _____

Exame Clínico: _____

Diagnóstico de Admissão: _____

F22 dos Chagas B. Souza
Unidade e Traumatologia
RM-MA 9557

Data do Diagnóstico: ____/____/____

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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

8191810103141052110126190110997

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

A MÃE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POÇO ADO PAOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAIRAMA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65641000

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JAINAKA MA SILVA CORREIA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89 8100340521102690109197

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOADO PAIOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAKAMA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65649000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

For - seen -
m

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº 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 VIOLÊNCIAS)

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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





BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Jailuana da Silva Correia Idade: 21 Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: ORTOTRAUMATIZADO Risco (Asa): II

Premedicação: _____ Hora: _____

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO SANGUE OUTROS	D.O.X. E.S. G.O. E.O.J.R.C. M.F.C. U.
TEMPERATURA	38	
P. ARTERIAL:	36	
PULSO	34	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	32	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	30	
RESPIRAÇÃO		
SÍMBOLOS		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: G.O.

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

OXIGÊNIO
Início: _____
Término: _____

PACIENTE TRANSFERIDO
GS: _____ RH: _____ VOL: _____

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp

Inoval _____ amp

Quelito 01 frFentanil 02 ml

Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm

Atropina 02 ampProstímio 02 amp

Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml

Soro Fisiológico 02

Água Bidestilada 10 ml _____ amp

Xylocaina _____ %

Buttety N° _____ unid



BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Luiz Carlos da Silva Lemos

Idade: _____ Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: _____

Premedicação: _____

Risco (Asa): _____

Hora: 15:55

AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO	500	57 2000
	SANGUE	400	
	OUTROS	300	
TEMPERATURA	°C	260	Equis feliz
P. ARTERIAL:	38	240	
PULSO	36	220	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	34	200	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	32	180	
RESPIRAÇÃO	30	160	
SÍMBOLOS			DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: _____

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

OXIGÊNIO

Início: 15:55

Término: 16:50

PACIENTE TRANSFERIDO

GS: _____ RH: _____ VOL: _____

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp

Inoval _____ amp

Quelito _____ fr

Fentanil _____ ml

Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm

Fluothane _____ ml

Atropina _____ amp

Prostímico _____ amp

Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml

Soro Fisiológico 04

Água Bidestillada 10 ml

Xylocaina _____ %

Buttety N° _____ unid.

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: JAINARA DA SILVA CORREIA Idade: 21A Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: Gravidez de 36 semanas de gestação - Oligotúria

Exames Clínicos: OK Risco (Asa): I

Premedicação: OK Hora: _____

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUENCIA
LÍQUIDO	SOLUTO 500	
	SANGUE 400	
	OUTROS 300	
	OUTROS 200	
TEMPERATURA T	C°	
F. ARTERIAL: V	38	
PULSO	36	
INICIO E FIM ANESTESIA X	34	
INICIO E FIM ANESTESIA O	32	
RESPIRAÇÃO	30	
SÍMBOLOS		
		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Intubação orotraqueal + Bloqueio de base

Acidente - Incidente: OK - sem complicações - 100% de sucesso

Justificativas: OK - sem complicações - 100% de sucesso

OK - sem complicações - 100% de sucesso

OK - sem complicações - 100% de sucesso

OK - sem complicações - 100% de sucesso

OXIGÊNIO

Início: 15:30

Término: 17:10

PACIENTE TRANSFERIDO

GS: _____ RH: _____ VOL: _____

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp

Inoval _____ amp

Quelito _____ fr

Fentanil _____ ml

Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm

Fluothane _____ ml

Atropina 07 amp

Prostimine 2520 01 amp

Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml

Soro Fisiológico 100 + 100 + 100

Água Bidestilada 10 ml _____ amp

Xylocaina 200 mg 20 amp

Buttetyl N° _____ 01 Unid

Bupivacaína 0,5 - 20 ml + Ad - 20 ml

Dr. João Carlos





BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAINARA MA SILVA CORALVA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: lesão de pele

Operação: Fntm

Perte: _____ us Cirurgião: M. C. código: _____ us Anestesista _____

Auxiliares 1º _____ 2º _____

Instrumentadora: M. C. Circulante: _____

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

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: [assinatura]

Acidente - Incidente: _____

Data: 11/04/19

Cirurgião- CRM [assinatura]





BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JANUÁRIA DA SILVA CORREIA Apto.: _____ Leito: _____
Diagnóstico: 2º
Operação: Uter + Anexos código: _____
Perte: _____ us Cirurgião: Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho us Anestesista: _____
Auxiliares 1º _____ 2º _____
Instrumentadora: M Circulante: _____
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).
Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Uter + Anexos

Acidente - Incidente: _____

Data: 27.05.16

Cirurgião- CRM _____

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



BOLETIM DE CIRURGIA

Nome:	JANARA DA SILVA CORREIA	Apto.:		Leito:	
Diagnóstico:	<i>[Handwritten]</i>				
Operação:	<i>[Handwritten]</i>				
Perte:		us Cirurgião:	DR. ALGÔES	us Anestesiista:	DR. HERSCHER
Auxiliares 1º	DR. LUIS RICHARDS	2º			
Instrumentadora:	PAULO CESAR	Circulante:	RAIMUNDO		
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).					
Achados:					
Técnica e Tática Cirúrgica:					
<i>[Handwritten]</i>					
<i>[Handwritten]</i>					
Acidente - Incidente:					
<i>[Handwritten]</i>					
Data:	30	/	04	/	2019
			Cirurgião- CRM		

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





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

EMSERH
Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares

NOME: Jaiwana da Silva Correia SEXO: F LEITO: 13:50
PROCEDIMENTO: Exatidão Imunol. INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35
CIRURGIÃO: DR Alcides MÉDICO AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: Ana Luiza CIRCULANTE: Mulheres + Fátima
ANESTESISTA: DR Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE ☐ PERIDURAL ☐ GERAL ☒ terço 7.5

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração n°		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Agua Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	01	Cefazolina
03	Aguilha 30x8		Esponja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
01	Aguilha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray		
	Aguilha raque n°		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°		Faixa de smarch		Neocaína pesada	03	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	01	Comp. de gases		Neocaína isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N		Ringer lacrado 500ml
01	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		Manitol
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14		Atadura de creopon n°	05	Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16	02	Atadura de creopon n°		Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	10ml	Esparradrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jelco n° 22	1	Toca c/ elastico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24	1	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular O2	1	Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural	1	Máscara		Cortizonol 500mg	0	Propofol
	Cordclamp	01	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembatal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	02	Mononylon n°	210	Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	01	Decadron		Hallotang
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona	01	ma ficea long
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	OK	Aspirador
01	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	OK	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl n°	210	Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	OK	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina	OK	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio	OK	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina	OK	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanakion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar	01	Auto propicio
01	Lamina de bisturi n°	24	Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid	01	Encefalograma
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutupak s/ agulha	04	Prosgimine	01	Soro fisiológico
02	Luvas estéril n° 7.5		Cera de Osso		Pavolonsa		
02	Luvas estéril n° 6.5				Noutelina	01	Banho 7.5

04 Luvas - 610

Data - 11-04-19

Doc. Inf.

M^{re} dos Milagres O. Bezerra Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-MA: 217714

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



NOME: Pinare da Silva Correia SEXO: F LEITO:
PROCEDIMENTO: Quemotex torácico INICIO: 15:55 TERMINO:
CIRUTGIÃO: Dr. Aleides MÉDICO AUXILIAR: Dr. Louis Ricardo
INSTRUMENTADOR: Jana CIRCULANTE: Rafael Ribeiro / Kelvise
ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração n°		Formol		Ampicilina
	Agulha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Agulha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	2	Cefazolina
2	Agulha 30x8		Espanja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
2	Agulha 40x12		Cotonóide n°		Xylocaina spray		
	Agulha raque n° 25,7		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Agulha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Agulha peridural n°	2	Faixa de smarch	2	Neocaína pesada	3	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	100	Comp. de gases		Neocaína isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	80	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N	2	Ringer lacrado 500ml
2	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		Manitol
2	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
2	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14	2	Atadura de creopon n°		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16		Atadura de creopon n°		Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore	2	Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	2 Rem	Esparadrão		Bicarbonato de sódio	2	Dimorf
	Cateter jelco n° 22		Toca c/ elastico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
1	Cateter ocular O2		Sapatilha		Cortizonol 100mg	1	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp	1	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	1	Mononylon n° 20	1	Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	2	Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona		
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
1	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°		Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj		Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida		Ar comprimido
	Equipo de sangue	1	Vieryl n° 1		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vieryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vieryl n°		Glicose 50%		Môntor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vieryl n°		Geramicina		Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina		Oxigênio (O2)
5	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanakion	1	amaldino
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar	2	homofina
1	Lamina de bisturi n° 20		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutupak s/ agulha		Prosfmine		
2	Luvas estéil n° 20		Cera de Osso		Pavolonsa		
2	Luvas estéil n° 20						

23.04.19

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 16/10/2020 19:10:06
Téc. em Enfermagem
COREN-MA: 432.111

NOME: JANAILA 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. KERSCHEL ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente	01	Sonda Aspiração n° 12		Formol		Ampicilina
	Agulha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Água Oxigenada		Cefalotina
02	Agulha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	02	Cefazolina
02	Agulha 30x8		Esponja/gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
02	Agulha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray	01	DEXAMETASONA
01	Agulha raque n° 25		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Agulha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Agulha peridural n°		Faixa de smarch		Neocafina pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gases		Neocafina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocafina 0,5% S/N	03	Ringer lacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocafina 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS	01	RASTROCK
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina	01	BIOMOPRION
	Cateter jelco n° 14	06	Atadura de creopon n° 5		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16		Atadura de creopon n°	03	Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore	03	Água destilada		Dornot / dolosal
01	Cateter jelco n° 20	x	Esparadrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jelco n° 22	x	Toca c/ elastico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24	x	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02		Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	04	Mononylon n° 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°		Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°	02	Dipirona	01	BOPIACACINA
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina	01	CECOPROFELIO
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
01	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina	x	Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	x	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	x	Ar comprimido
	Equipo de sangue	03	Vicryl n° 1		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
01	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	x	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Germicina	x	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado	01	Cat. gust. simples n° 2,0		Gluconato de Cálcio	x	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina	x	Oxigênio (O2)
05	Eletródos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanacion		
01	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar		
01	Lamina de bisturi n° 24		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutupak s/ agulha		Prosigmine		
03	Luvas estétil n° 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
03	Luvas estétil n° 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



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	18/500
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 HS	18/20
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	18/20
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 1X DIA	18/20
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 8/8 HS	18/20
7-CCGG	

Dr. Alde...
Oncoped...
COM...
...
...

Enferm...
M. de Sousa
COORDENADORA-ENF





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	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) (06)
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	18 06
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 06
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 06
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	

Dr. José Ivanildo Rocha Reis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 8475

10 - Condição de Krukenberg
(121) - 01 s/s/m
± 20 f/h/m.

392-443.

Dr. Alcides Ari
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 1976



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 06/04/19

NOME	JAINARA DA SILVA CORREIA		IDADE	21
		DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO		
FRATURA DE FEMUR D PRE OPERATORIO				
PRESCRIÇÃO		HORÁRIOS		
1-DIETA LIVRE				
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN				
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H				
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS				
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H				
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H				
7-CCGG				
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO				
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN				

~~Dr. [illegible]~~ Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2928 / CRM-PL: 1976

... 450.213

COEN - M. 794029 - ENF



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	SF: 500 + 500 <i>em</i>
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) 0600
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	<i>fil</i> 0600
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	<i>fil</i> 0600
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	<i>fil</i> 0600
7-CCGG	
8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN	<i>Atenção</i>
9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO	

Fco das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 95317

Keylla Lucena Braga
Enfermeira
COREN - MA 427.775





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
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 08/04/19

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	500
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	18 06
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR	SN
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 06
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 06
7-LOSARTANA 50MG---1 COMP VO 12/12H	18 06
8 - (FTV) MP 100 710 ~ 50 - D 14	18 06

Dr. José Francisco Rocio Reis
Ortopedia e Traumatologia
SBOTTEOT 14284

Carolina M. de Souza
COREN-PR/16004-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	Leito Livre
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	(586X 586)
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	SN 08
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 060 12
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 240 060 12
7-CCGG	-
Dr. Jose Luciano Rocha Reis Ortopedia e Traumatologia COTITEC 14281 CRM 14281	





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

