

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "14713918 - CONTESTAÇÃO (2783789 CONTESTACAO 01)" with a date stamp "12 Feb 2021". To the left is a sidebar with a tree view of the document structure, including sections like "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and "14713911 - CONTESTAÇÃO". The document content includes a header for "JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS" with a logo, a salutation "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI", and a process number "Processo n.º 08238548220208180140". The browser's address bar shows the URL "tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=589793&ca=2103c36bd47e7c0302072567e858bd3a7f...". The taskbar at the bottom shows various application icons.



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
14713 933	12/02/2021 11:24	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, NEUZIMAR DA SIVA CORREIA,

RG nº 025092582003-9, data de expedição 06 / 11 / 2017

Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 020.243.343-93,

com domicílio na cidade de PARNARAMA, no Estado de  
MARANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

POVOADO PAIOL DO CENTRO, nº S/N,

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JAINARA DA SILVA CORREIA, cujo o condutor era

LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2011

Placa: NXN 9245 Chassi: 9C2HB0210CR002920

Data do Acidente: 02 / 04 / 2019



Caxias - MA 13 de Junho de 2019

Neuzimar da Silva Correia

Assinatura do Declarante

Luis Galdino de Sousa Filho

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



4º Ofício Extrajudicial  
Reconheço por autenticidade(s) Firma(s)

Neuzimar da Silva  
Correia - Loureiro

Em testi  
Caxias (MA) 13 de Junho de 2019  
da verdade

Neuzimar da Silva Correia  
Assinado por  
Escrivente Substituto

Cartório do 4º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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



## Regulação de Leitos

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

### DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÔES

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): 55,00 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. CARDÍACA: 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 460 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA





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

DATA

Ass. do Médico Solicitante

*Dr. Lívia Marques C. Costa*  
Médico

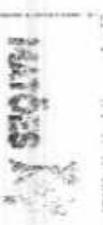
AUDITOR

DATA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRIBUIÇÃO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Presidente Dutra, 111100 Loja 03  
Assinatura do CPF  
São Francisco - São Luís-MA







ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOÉS  
SÉRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO  
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"

54

NOME: Taiwara da Silva Correia

IDADE

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	Horário Aplicação Medicamento	Observação
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
04/04/19	# Fratura di. Femur D # Fratura di. Fíbula D (Reg. D. vital)		
04/04/19	1. Bateria oral livre		
04/04/19	2. SFP 3gr. - 500ml C 100ml x 5	18	06
04/04/19	3. Voltar no dia 12/04/19		
04/04/19	4. Dexaumento - OIAKUP + AS C 8/84	14	22
04/04/19	5. Cetoprofeno 100mg + 100ml SFP, 3x	12	24
04/04/19	6. Dipirona - OIAKUP + AS C 6/84	18	24
04/04/19	7. Sosnurcog		
Aguardando Transporte			
<p>Dr. Aquilino Marques CRM/PI 4459 / CRM-MA 7062</p>			





ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO  
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPIRITO SANTO"  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMILIA - PSF /PSB

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

By Realgata since 03.04.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA





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



NOME: *Túlio J. Silveira*

IDADE:

*Rogério  
Alegre  
15*

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO	LEIAVAT	Nº Enfermaria	01
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	DATA	Nº Leito	01
14 AGO 2019		PROFISSIONAL	<i>Edna Seguradora S/A</i>
		CONSELHEIRO	Av. Anna Jansen, N° 480 Loja 01 São Francisco - São Luís-MA

DATA	Prescrição Médica - Assinatura
01/08/2019	<i>Enfermeira do Hospital Divino Espírito Santo</i>
01/08/2019	<i>Enfermeira do Hospital Divino Espírito Santo</i>
01/08/2019	<i>Enfermeira do Hospital Divino Espírito Santo</i>
01/08/2019	<i>Enfermeira do Hospital Divino Espírito Santo</i>

RELATÓRIO DE	Atividade

Atividade	Atividade
16h - Pausa J. S. B.	21h00 - Pausa J. S. B.

4105

ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO

REGISTROS DE ENFERMAGEM

DATA: 03/04/19  
DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja C  
São Francisco - São Luís-MA

NOME: Faimana de SIlva Coimbra  
ENFERMÁRIA: Dalia

IDADE: 50  
SEXO: F  
LEITO: 02

ANOTAÇÕES

HORA	PA	TAX	FC	FR	SPO2	GLICEMIA	ESCORE DOR	HORA	SAÍDAS
06:00									
12:00									
18:00	Box 20							22:15	Paciente segue em leito cama atendida da enfermeira Neana D. Relata ter ma pressão baixando e de dor
24:00	12 x 08								

HORA	SNG	VÓMITOS	DRENOS	SVD	DIURESE	EVACUAÇÕES	HORA	SAÍDAS
06:00								
12:00								
18:00								
24:00								

HORA	SNG	VÓMITOS	DRENOS	SVD	DIURESE	EVACUAÇÕES	HORA	SAÍDAS
06:00								
12:00								
18:00								
24:00								



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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

-1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

-3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.C

-2 - CNES

-4 - CNES

**Identificação do Paciente**

-5 - NOME DO PACIENTE

José de Souza Gomes

-6 - N° DO PRONTUÁRIO

-7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819.81013410521101769 01/09/1997

-8 - DATA DE NASCIMENTO

Male

1 Fem

2

3

-10 - RACA/COR

-11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

-12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO FONE

-13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MAIE

-14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO FONE

-15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POVOANO BAÍOL 20 CENTRO

-17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

-18 - UF

-19 - CEP

-16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MARINGÁ

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

-20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Verte conjuntura de piora do quadro  
ocorrido de cem

-21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Verte conjuntura de piora do quadro  
ocorrido de cem

-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

Revisão

2

-27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

-28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

revisão

2

-29 - CLÍNICA

-30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO

2

2

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

-31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

-33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

-34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34

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

-36 - N° DO BILHETE

-37 - SÉRIE

-38 - CONTRIBUIÇÃO NÃO VERIFICADA

14 AGO 2019

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

-39 - CNPJ DA SEGUROADORA

-40 - DEPARTAMENTO DE SINISTROS

-41 - OP/VAT

-42 - CNPJ EMPRESA

-43 - CNAE DA EMPRESA

-44 - CBOR

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP

( ) INSS ( ) FGTS ( ) PIS/PASEP



## PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: JAINARA M. SILVA COUTINHO Sexo: F Idade: 21  
Número: 002456  
Endereço Município: PAU D'ARCO DO CHÁ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ kg: \_\_\_\_\_ Altura em: \_\_\_\_\_ Estado Nutricional: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Instituição Previdenciária:  Segurado  Dependente  Outro

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 0  
São Francisco - São Luís-MA

Foto das Clínicas B. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
-2M-MA 9532

Data do Diagnóstico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JAINARA DA SILVA CORRÊA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819180101319101571101216190109197

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Male

Female

Female

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORRÊA

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

POLO ABO PAOL DO CENTRO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMAMA

MA 65690000

**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

9/19/2021 11:24:22

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

6/20/2021 11:24:22

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) DPVA

( ) NÃO SEGURO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

11 AGO 2019

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Janeira, N° 480 Loja 03

São Francisco - São Luís-MA



**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

JAINAKA MA SILVA CORRÊA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

09 8100340571102169010997

8 - DATA DE NASCIMENTO

Mes. 1 Fem. 3

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

NEUTAMAR SILVA CORRÊA

NP DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

14 - TELEFONE DE CONTATO

099 998885723

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

POVOADO PIOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PAKNAKAMA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

656191000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Bel f - leva -*  
*an*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*an*

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

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 DE PREVAT

41 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO NÃO VERIFICADO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



## BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Saúma da Silva Corrêa Idade: 21 Leito:

### Condições Pré-Operatórias:

Exames Clínicos: ENTRADA MUYI 2 A.D. Risco (Asa): II

Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Técnica de Anestesia: 

Acidente - Incidente: Colisão entre veículos

„Justificativás:

OXIGÊNIO  
Início: \_\_\_\_\_ 38/  
Término: \_\_\_\_\_

PACIENTE TRANSFERIDO

JPIRANA = 01A.  
TOTAL DE DOSES

Flaxedil 1 amp. SEDATION 45 ml

Flaxedil 1 amp. SEDATION AS ml

Atropina 0.2 amp Água Bidestilada 10 ml DPVAT  
 Quelito 0.2 fr CONTEÚDO VERIFICADO  
 Fentanil 0.2 ml Xylocalma \_\_\_\_\_ %  
 Adrenalina — app Butetil N° 14 AGO 2019

Clorazepam 0.1% 500 mg - 02/03 Gente Seguradora S/A.  
Paracetamol 500 mg - 02/03 AV. Paulista, 450, Loja 03

Data: 14, 03, 9819

Anestesista - CRM: 02281A



BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Guinane da silver Correia

Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Condições Pré-Operatórias: \_\_\_\_\_

Exames Clínicos: \_\_\_\_\_

Risco (Asa): \_\_\_\_\_

Prémedicação: \_\_\_\_\_

Hora: 15:55

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 100	<u>SI 2000</u>
TEMPERATURA	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	<u>Erupe</u> <u>febre</u>
P. ARTERIAL <u>160x80</u>	38 36 34 32 30	
PULSO	180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	100 120 140 160 180 200 220 240 260	
INÍCIO E FIM ANESTESIA O	80 60 40 20 10	
RESPIRAÇÃO	100 120 140 160 180 200 220 240 260	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: \_\_\_\_\_

fechar ambas 2019

Acidente - Incidente: \_\_\_\_\_

2019 0,5 ml

Justificativas: \_\_\_\_\_

0,5 ml

OXIGÊNIO	
Ínicio:	<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  
Valfum \_\_\_\_\_ amp

Thionambutol \_\_\_\_\_ gm  
Fluothane \_\_\_\_\_ ml  
Atropina \_\_\_\_\_ amp  
Prostamina \_\_\_\_\_ amp  
Adrenalina \_\_\_\_\_ amp

Soro Glicosado 500 ml \_\_\_\_\_  
Soro Fisiológico \_\_\_\_\_  
Água Bidestilada 10 ml \_\_\_\_\_  
Xylocaína \_\_\_\_\_ %  
Butetil N \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENUTO NÃO HEDÉCADO \_\_\_\_\_  
14 AGO 2019  
un

Genite Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 400 sala 63  
Cida Francisco - São Luis-MA

Data: 23/09/2019

Anestesiologista: \_\_\_\_\_





## BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: JAINARA DA SILVA CORRÊA Idade: 21A Leito: \_\_\_\_\_

Condições Pré-Operatórias: \_\_\_\_\_

Exames Clínicos: \_\_\_\_\_ Risco (Asa): F

Premedicação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	SEQUENCIA									
		50	100	150	200	250	300	350	400	450	500
LÍQUIDO	SOLUTO	500	400	300	200	100					
	SANGUE	300									
	OUTROS	200									
TEMPERATURA	C°										
—											
PULSO	V	38	160								
	A	36	140								
		34	120								
		32	100								
		30	80								
		28	60								
		26	40								
		24	20								
		22	10								
		20	5								
		18	2								
		16	1								
		14									
		12									
		10									
		8									
		6									
		4									
		2									
		0									
SÍMBOLOS											

Técnica de Anestesia: \_\_\_\_\_

Acidente - Incidente: \_\_\_\_\_

Justificativas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OXIGÊNIO
Início: 15:30
Término: 17:30

PACIENTE TRANSFERIDO		
GS:	RH:	VOL:

### TOTAL DE DOSES

Flaxedil \_\_\_\_\_ amp  
Inoval \_\_\_\_\_ amp  
Quelito \_\_\_\_\_ fr  
Fentanil \_\_\_\_\_ ml  
Vallum \_\_\_\_\_ amp

Thionambutal \_\_\_\_\_ gm  
Fluothane \_\_\_\_\_ ml  
Atropina \_\_\_\_\_ 0.7 amp  
Prostamina \_\_\_\_\_ 0.1 amp  
Adrenalina \_\_\_\_\_ amp

Soro Glicosado 500 ml \_\_\_\_\_ DPMAT  
Soro Fisiológico \_\_\_\_\_ CONTINUA NITROGLICOOL  
Água Bidestilada 10 ml \_\_\_\_\_ 11 AGO 2019 amp  
Xylocaína \_\_\_\_\_ 2000 mg 20 ago  
Butetly N° \_\_\_\_\_ 01 Unic  
Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

① Bopivacaina 0.5 - 20 ml + Ag - Zona

data: 30 / 04 / 2019

Anestesista - CRM

Dr. Horschell Carvalho  
Anestesia  
CRM 10821/MA





BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAINARA M. NUNES COUTINHO Apto.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Operação: Fistula recto código: \_\_\_\_\_

Perte: \_\_\_\_\_ us Cirurgião: M. C. S. S. us Anestesista: \_\_\_\_\_

Auxiliares 1º: M. C. S. S. 2º: \_\_\_\_\_

Instrumentadora: M. C. S. S. Circulante: \_\_\_\_\_

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

Achados: \_\_\_\_\_

Técnica e Tática Cirúrgica: Open

Acidente - Incidente: \_\_\_\_\_

Data: 11/08/19 Cirurgião- CRM: \_\_\_\_\_

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





BOLETIM DE CIRURGIA

Nome:	<i>EDILSON DA SILVA CORREIA</i>	Apto.:	Leito:
Diagnóstico:	<i>Pal</i>		
Operação:	<i>Abertura</i>	código:	
Perte:	<i>us</i>	us Cirurgião:	us Anestesista
Auxiliares 1º		2º	
Instrumentadora:	<i>VM</i>	Circulante:	
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).			
Achados:			

Técnica e Tática Cirúrgica:

*Abertura*  
*anatomia*

Acidente - Incidente:

Data:

*27/01/16*

Dr. Alcides Vitarinho da S. Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/MA: 2823 / CRM-PE 1976

Cirurgião- CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03 São Francisco - São Luís-MA



BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAILIBRA DA SILVA CARREIRA Apt.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Perfurador \_\_\_\_\_  
Operação: Neurite \_\_\_\_\_ código: \_\_\_\_\_  
Perte: \_\_\_\_\_ us Cirurgião: DR. ALCIDES us Anestesista DR. KELSON  
Auxiliares 1º DR. LUIS RICARDO 2º \_\_\_\_\_  
Instrumentadora: PAULO CESTR 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 Vilarinho da S. Filho  
Cirurgião / Traumatologista  
CRM-MA: 2828 / CRM-PI: 475

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
Ciné Francilson - São Luís-MA





NOME: Jairzaga da Silva Pereira SEXO: LENTE  
 PROCEDIMENTO: Fixação Fimbra INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35  
 CIRURGIÃO: DR Alcides MÉDICO AUXILIAR:  
 INSTRUMENTADOR: Ana Lúcia CIRCULANTE: Juliana + Fábio  
 ANESTESISTA: DR Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE  PERIDURAL  GERAL  TETO 7

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°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	01	Cefazolina
03	Aguilha 30x8		Esponja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
01	Aguilha 40x12		Cottonoíde n°		Xylocaina spray		SOROS
	Aguilha raque n°		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 500ml
	Aguilha peridural n°		Falxa de smarch		Neocaina pesada	03	Glicosado 5% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gazes		Neocaina isobárica		Ringer lacrado 500ml
	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N		Manitol
01	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14		Atadura de crepon n°		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16	02	Atadura de crepon n°	15	Atrupina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20		Espadrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jelco n° 22		Toca c/ elástico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
04	Cateter ocular O2		Sapatinha		Cortizol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizol 500mg	0	Propofol
	Cordiclamp	01	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	07	Mononylon n° 210		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	01	Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona	01	morfínicos long
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efertil		TAXAS EQUIPAMENTOS
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	OK	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furosemida	OK	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl n° 2,0		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	Oxímetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio		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	ato profuso
04	Lamina de bisturi n° 24		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Pasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid	01	Encurr
	Lamina de gilete				Orasfina		
	Bisturi descartável		Fios Sutupak s/ agulha	04	Prostagmine	01	sevo flutuante
02	Luvas estéril n° 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
02	Luvas estéril n° 6,5				Reuteck n°	01	tocha 75
01	Luvas - 6,0						

DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

W dos Milagres D. Bezerra Santos  
Téc de Enfermagem  
COREN-MA-217714

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

Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja  
São Francisco - São Luis-MA

NOME: pinaro da silva ferreira SEXO: F LEITO \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: Atenente Tonsela INICIO: 15:55 TERMINO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGÃO: Dr. Alcides MÉDICO AUXILIAR: Dr. Leônio Ricardo  
 INSTRUMENTADOR: Jane CIRCULANTE: Doc. Líbano / Letícia  
 ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE  PERIDURAL  GERAL

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Absorvente		Sonda Aspiração n°		Formol		Ampicilina
	Ajalha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Ajalha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	1	Cefazolina
2	Ajalha 30x8		Espuma gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
2	Ajalha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray		
	Ajalha raque n°		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Ajalha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		
	Ajalha peridural n°	2	Faixa de smarch	2	Neocaina pesada	3	Fisiológico 0,9% 250ml
	Seringa 1 ml	10	Comp. de gases		Neocaina isobárica	3	Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	10	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	5	Ringer lacrado 500ml
	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		PSICOTROPICOS
	Cateter jeleo n° 14	5	Atadura de crepon n°		Aminoflina		
	Cateter jeleo n° 16		Atadura de crepon n°		Atropina		Dormiote
	Cateter jeleo n° 18		Micropore		Água destilada		Dormot / dolosal
	Cateter jeleo n° 20	20	Espadrapo		Bicarbonato de sódio	1	Dimorf
	Cateter jeleo n° 22		Toca e/ elástico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jeleo n° 24		Garro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
	Cateter ocular O2		Sapatilha		Cortizonol 100mg	1	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordiclamp		Escova des/ degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	1	Mononylon n°	20	Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°		Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona		
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
1	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efotil		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	Vicryl n°		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno succão n°		Vicryl n°		Glicose 50%		Monitor Cardíaco
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Geramicina		Oxímetro de pulso
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Heparina		Oxigênio (O2)
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
5	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Kanakion		
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		ketalar		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
1	Lamina de bisturi n°	24	Cat. gust. cromado n°		Niprid		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Orastina		
	Lamina de gilete		Fios Sutupak s/ agulha		Prosigmine		
	Bisturi descart n°		Cera de Osso		Pavlosna		
2	Luvas estéril n°	10					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPMAT
2	Luvas estéril n°	15					CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

23.04.19

2019  
Téc. em Enfermagem  
COREN-MA: 431  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

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



NOME: JANDINA DA SILVA CORREIA SEXO: F LEITO  
 PROcedimento: osteossíntese ferfur 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	01	Sonda Aspiração nº 12		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração nº		Agua 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	DESENGASSEMA
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		Neocaina pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gazes		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	03	Ringer lacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gaze Vassiliada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº		MEDICAMENTOS	01	PARACETAL
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº		Adrenalina	01	BRONOPROL
01	Cateter jeleo nº 14	06	Atadura de crepon nº		Aminofilina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jeleo nº 16		Atadura de crepon nº	03	Atropina		Dormine
	Cateter jeleo nº 18		Micropore	03	Agua destilada		Dornot / delesal
01	Cateter jeleo nº 20	2	Espanadrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jeleo nº 22	2	Toca c/ elástico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jeleo nº 24	2	GORRO masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02		Sapatiha		Cortizol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizol 500mg		Propofol
	Cordelamp		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%		Etirane
	Scalp nº 23		Mononylon nº		Decadron		Halotano
	Scalp nº 25		Mononylon nº	02	Dipirona	01	EPICURACALHA
	Scalp nº 27		Mononylon nº		Dobutamina	01	ESTCPRAFELLO
	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		Fernagaa		Microscópio
	Dreno peritoneal		Vicryl nº		Glicose 25%		Rx em sals
01	Dreno sucção nº		Vicryl nº		Glicose 50%		Monitor Cardiaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº		Geramicina		Oxímetro de pulso
	Urofix sist. fechado	01	Cat. gust. simples nº 2.0		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix 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		
04	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº		ketalar		
01	Lamina de bisturi nº 2.5		Cat. gust. cromado nº		Metaclopramida (Piasil)		
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº		Fios Sutupak s/ agulha		Prostgmine		
03	Luvas estéril nº 3-5		Cera de Osso		Pavolensa		
03	Luvas estéril nº 6-5						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 Ramonho Francisco Pópolo de Deus  
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 COREN-MA: 590.698  
 30/04/2019

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

Gente Seguradora S/A.  
 Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
 São Francisco - S.º Luís-MA



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

**EMSERH**  
Empresários Maranhenses de Serviços Hospitalares

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 04/04/19

Name \_\_\_\_\_

1000

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

## DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

## FRATURA DE FEMUR D RE OPERATORIO

PREScrição	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	10h 300
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 HS	n tam 18
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	18h 22h 22h
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 1X DIA	8h 14h
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 8/8 HS	12h 22h
7-CCGG	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Aria Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



PREScriÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 05/04/19

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	NT (566)
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	18 06
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	19 20
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 06
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	08 06 06 18
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	

Dr. José Juvinaldo Rocha Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 14281  
CRM-MA 8475

10 - Consulta a Kerey  
(21) - 01 sultos  
+ 20 férias.

592-4443

Dr. Mário Uri  
Otorrinolaringologista  
CRM-MA 2520 / UMA-PI 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 460 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



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	caliente
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	(500)
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	18
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	13:55 18
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN	

Dr. Ednan Soares Coutinho Filho  
CRM-MG-2028 / CRM-PE-1976

12/02/2021

Ednan Soares Coutinho  
CRM-MG-2028

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA





## 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 TORNOCOLO D  
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO

PREScrição	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	5: 360 + 500 06:00
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT 10: 06:00
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	10: 260 06:00
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	10: 06:00
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	10: 450 06:00
7-CCGG	
8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN	Almoço
9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO	

F-9 das Dr. Douglas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 0427

Kayla Lazella Braga  
Enfermeira  
COREN-MA 427.775

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 08/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOCOLO 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		18:00
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR		06:00
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H		06:00
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H		06:00
7-LOSARTANA 50MG - COMP VO 12/12H		06:00
P - (CET) MP 100 + 10 ~ 12 D 14		06:00

Dra. José Manoel Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
SBOT/TEOT 1428  
LARANJEIRAS

Dr. José Manoel Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
SBOT/TEOT 1428  
LARANJEIRAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



**PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMÁRIA 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

Horário 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

100 00 060 01  
18 240 060 12

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD-EV 6/6H

7-CCGG

Dr. José Antônio Roriz Bis  
Interno e Traumatologia  
DOTTTEST 14281

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gesta Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luis-MA





PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 10/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

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  
AGURADA HEMOTRANSFUSAO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	<i>DAK 08/04/19</i>
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	<i>08/04/19</i>
3-CEFALOTINA 1G 1FR+AD EV 6/6H	<i>08/04/19</i>
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR	<i>08/04/19</i>
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	<i>08/04/19</i>
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	<i>08/04/19</i>
7-LOSARTANA 50MG--1 COMP VO 12/12H	<i>08/04/19</i>
8-TA LA 1207A GESTA DA	<i>08/04/19</i>
<i>Dr. José Carlos de Jesus Sales Ortopedia-Traumatologia CRM-MA 834 CREF 384.964, 067.91</i>	

*Dhenni Lopes  
Assinatura  
CREF-MA 392-443*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03 São Francisco - São Luís-MA



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 11/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

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

3-CEFALOTINA 1G 1FR+AD EV 6/6H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H

8 RANITIDINA 1AMP ED 8\8 HRS

9 - CEFALOTINA 1G + M -

6/2

10 - Tramal 20 + M -

1/2

11 - Cefalotina 1G + M -

Frig dos Chocas B. Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 24545

NT

0 0

11 - Maria Rodrigues  
Enfermeira  
307.194  
12 - Maria Rodrigues  
Enfermeira  
307.194

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍBUIN NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Aria Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luis-MA

PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 12/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZOLO D  
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
AGURADA HEMOTRANSFUSAO  
10/04/2019 1 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	5F: 500ml
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	12/12h
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D1	18/04
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	12/12h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	12/12h
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	12/12h
8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H	12/12h
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	12/12h
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	12/12h
11- Paracetomol 500 mg — 1 cp vo 6/6 SOS	12/12h
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Luis Ricardo da Luz Borges  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3803

Keyla Lourdes Braga  
Enfermeira  
CREFEN - MA 27777

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



**PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 13/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZOLO D  
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
AGURADA HEMOTRANSFUSAO  
/04/2019 2 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	10:25 06:00
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18 06 06 06
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18 06 06 06
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18 06 06 06
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	NT
8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H	NT
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
11- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Charon Honor de A. SOUSA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI/4209 / CRM-MA 845-  
TEOT 14743



Telma Pepe Rodrigues  
Enfermeira  
REN 287.194



## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 14/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE  
21

### DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOCOLO D  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES  
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D  
LICITO HMG

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	18 06 06 06
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18 06 06 06
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18 06 06 06
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18 06 06 06
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	18 06 06 06
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18 06 06 06
8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H	18 06 06 06
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	18 06 06 06
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	18 06 06 06
- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	18 06 06 06
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Chamado de A. Soárez  
Graf. P. C. Trajano  
TET 1-16143

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03 São Francisco - São Luis-MA



PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 15/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZELO D  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES  
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D  
SOLICITO HMG

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	(jto)
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	+8h 12h 06h 18h
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18h 24h 06h 12h
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18h 24h 06h 12h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SN
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18h 06
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	Susp.
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Dr. Ivanor de A. SOUZA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 4209 / CRM-MA: 845  
TEOT 14743

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A,  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA





PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

AIA 03

DATA 16/04/19

NO ME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

## DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

## FRATURA DE FEMUR D

## PRE OPERATORIO

#### FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE//HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

LIQUIDATION

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	Dieta para Has
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	(11:30) c/ox)
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18 20h c/ox
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18 20h c/ox 10:00
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	5v
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	c/ox
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	c/ox
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	5v
- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	5v
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	-
13- Curativos Diários	-
14- SSVV + CCGG	-

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A

Jessica Marlene   
Coréen - Maternidade - ENF



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 17/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZELO D  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES  
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D  
SOLICITO HMG

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	(5x)
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	12h 24h 06h
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	24h 06h
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	24h 06h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	06h
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS - Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	06h
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Dr. José Carlos de Jesus Sales  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-MA 894 CPF 384.964.967-91

Julie Pereira  
28/04/2019

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



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 18/04/19

NOME

IDADE

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

14/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

PREScriÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	(500) 06/01
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18 06/01
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D7	18 06/01
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18 06/01
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	18 06/01
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18 06/01
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	06/01
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06/01
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	06/01
- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Luis Ribeiro da Luz Borges  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3803

Kylla Lacerda Soares  
Enfermeira  
COREN - MA 427.773

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jensen, Nº 480 Loja 03  
Sílio Francisco - São Luís-MA



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 19/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOCOLO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUÍMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D8	
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	(SU SP)
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
11- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	
15 – EXERCICIO VESICAL P RETIRADA DA SONDA	

Fr. das Chagas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
08/04/2019 14:05:37

Edna M. M. de Souza  
Ortopedia e Traumatologia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
Silo Farimison - São Luís-MA



**PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 20/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)  
PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 9 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

EXAMES HMG/VHS/PCR ALTERADOS MANTER ATB

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	(02)
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D9	18
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SOS
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	SUSPENSO
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06h
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	06h
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	SOS
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	SOS
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	
15 - EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA	

Ricardo da Luz Borges  
Ortoped e Traumatologia  
CRM-PI: 1603

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

Dilma Lima  
Entregue  
CORREIO: 392.443



PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 21/04/19

NOME

IDADE

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 9 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

-KAMES HMG/VHS/PCR ALTERADOS MANTER ATB

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	<i>Dieta para Has</i>
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	<i>SF 500</i>
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	<i>12/12h</i>
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D10	<i>6/6</i>
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	<i>6/6</i>
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	<i>SOS</i>
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	<i>12/12h</i>
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	<i>12/12h</i>
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	<i>AM</i>
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	<i>SOS</i>
11- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	<i>SOS</i>
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	<i>—</i>
13- Curativos Diários	<i>—</i>
14- SSVV + CCGG	<i>—</i>
15 – EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA <i>OK</i>	<i>—</i>

*Luis Ricardo da Luz*  
CRM-PI: 3803  
Ortopedia e Traumatologia

*Jessica M. Correa*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A,  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 22/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUÍMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	(526)
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	12/6
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	12/6
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	12/6
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	12/6
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	12/6
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	12/6
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	12/6
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	12/6
1- Paracetomol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO TRAUMA  
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA  
CRM MA 6028 | SBUS 05785/16 | RQE 2082

Região Litorânea  
Cidade  
COREN - MA 027.773

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





PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITTO 69

AlA 03

DATA 23/04/19

Notes

100-101

JAINARA DA SILVA CORRÊA

21

## DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FF DE FEMUR)

**PREF OPERATORID**

## PRE-OPERATORIO FRATURA DE TORNOCIELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FERRE // UEMG 113 INSTRUMENTOS

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR +

IGUAR  
1991

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta ZERO	lui
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	06
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	06
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	24
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	06
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	06
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06
- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	06
- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	06
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSV + CCGG	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRÍBUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



**PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMÁRIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 24/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUÍMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

PREScriÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta LIVRE	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	( 00/08 )
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18:00 06/08
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	18:00 06/08 12
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18:00 06/08 12
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SIN
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18:00 06/08
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	Susp. 06
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
11- Paracetomol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSV + CCGG	
<i>15- TAA 16 100 + 100 UI SI 0.9% CV 8186 fui</i>	<i>SIN</i>

Dr. José Carlos de Jesus Sales  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-MA 896 TPF 386.951 667-91

*14/04/2019*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A, Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03 São Francisco - São Luís-MA



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 25/04/19

NOME

IDADE

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)  
FRATURA DE TORNOZELO D  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
GUARDA MELHORA DE PARTES MOLES  
DIA 23 04 REALIZADA FIXAÇÃO TNZ D

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta LIVRE	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	1 07
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	1800
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	1800 2000 06 10
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	1800 2000 06 10
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	06
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18 06
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho Ortopedia / Traumatologia CRM-MA-2828 CRM-PI-1976
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

*Dejanir Soares Coutinho  
Assentado  
CRM-MA 399 545*



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 26/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)  
FRATURA DE TORMOZELA D

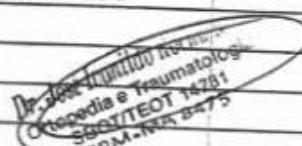
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

DIA 23 04 REALIZADA FIXAÇÃO TNZ D

PREScrição	HORÁRIOS
1- Dieta LIVRE	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )	
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	



Ana Kannan S. Coutinho  
Enfermeira  
COREN-MA 184900

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA







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

**EMSERH**  
Entreprise Municipale des Services d'urgences

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

AIA 03

DATA 28/04/19

JAINARA DA SILVA COBELEIA

1040

21

## DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

**FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRTURA DE TNZ FIXADA  
AGURADA CONVERSAO FMUR**

## **PRESCRIÇÃO**

## HORÁRIOS

1-DIETA ORAL LIVRE

2-SF 0,9 % -EV 20 GOTAS/MIN

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS

4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H

5-TRAMAL 100 + 100 MI SE 0,8 % -EV 12/12 HS

6-00000

7

Dr. Miguel Ângelo Reis Filho  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PI 4369-TEOT

*Ida & John Rodriguez*  
Entertainment  
GOREN 247.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO IMPERFILADO

Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Janssen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Paulo - SP





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

**EMSERH**  
Empresas Misioneras de Servicios Humanitarios

PREScrição e Evolução MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 29/04/19

JAINARA DA SILVA CORDELLA

ABADE

21

## DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

**FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRTURA DE TNZ FIXADA  
AGURADA CONVERSÃO FEMUR**

## **PRESCRIÇÃO**

- 1-DIETA ORAL LIVRE  
 2-SF 0,9% -EV 20 GOTAS/MIN  
 3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS SOS  
 4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H  
 5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9% -EV 12/12 H  
 6-CCGG

## HORÁRIOS

~~(120%)~~ ✓  
S/N 20 ✓  
100 ✓  
18 ✓

Fábia M. M. de Souza  
COREN-PR 20011015  
APARTAMENTO 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





PREScriÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 01/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRTURA DE TNZ FIXADA  
1DPO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA ORA LIVRE	
2-SF 0,9% 1500ML IV P 24H	
3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS SOS	
4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H	
5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H	
6-TENOXICAN 20MG 1AMP + AD IV 12/12H	
7-ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA	

Dr. Ivanir de A. Souza  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 2011/CRM-MA 845  
TELEFONE 1470-03

Dr. Ivanir de A. Souza  
Enfermeiro  
COREN - MA 230.666

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



PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 02/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA	IDADE 21
--------------------------	-------------

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

9 PO FRATURA TNZ D  
2 DPO FRATURA FEMUR D

PREScriÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA ORA LIVRE	
2-SF 0,9% 1500ML IV P 24H	500 + 500 + 500
3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS	14 2200
4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 12/12 HS	1800
5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H	1800
6- TENOXICAN 20MG 1AMP + AD IV 12/12H	1800
7- ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA	1800
8-HEMACEAS -01 BOLSA 15 GOTAS/MIN	1800
9-CAPTOPRIL 50 SL 01 COMP. AGORA	1800
10-LOSARTANA 50 01 COMP. A NOITE	1800
11-CCGG	

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

Kylla Labanda Góes  
Enfermeira  
COREN / RA 027.776

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
Silo Francisco - São Luis-MA



## FICHA SOCIAL

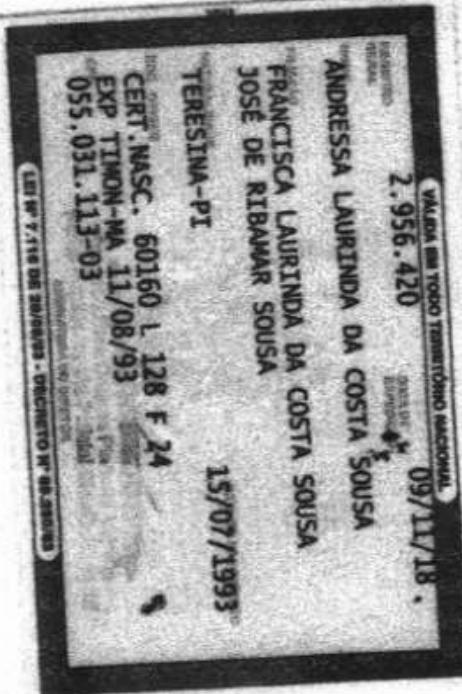
UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO ENDEREÇO: BR 316, Sentido Caxias – Teresina, entre Km 563 e 564 – CAXIAS - MA			Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME: <i>Neuzilmar da Silva Cotriéa</i>			<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME SOCIAL: <i>Neuzilmar Paruarauna</i>			CARTÃO SUS: <i>898003405210269</i>	
ENDERECO: <i>Novo Povoado Paruarauna</i>			PONTO REFERÊNCIA	
TELEFONE: <i>98852362</i>			NATURALIDADE <i>Coroas</i>	
PESSOA COM DEFICIÊNCIA ( ) SIM ( ) NÃO QUAL?			DATA DE NASCIMENTO (IDADE) <i>01/09/1997 22 anos</i>	
DOCUMENTOS QUE POSSUI ( ) RG ( ) CPF ( ) CTPS ( ) CNH ( ) CERTIDÃO DE NASCIMENTO				
AÇÃO <i>Neuzilmar Silva Cotriéa</i>				
ESCOLARIDADE <i>Ensino médio</i>		PROFISSÃO <i>tratoradora</i>	ESTADO CIVIL <i>Casada</i>	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (RESIDENTE COM O USUÁRIO)				
NOME <i>Neuzilmar</i>		IDADE <i>esposa</i>	GRAU DE PARENTESCO <i>esposa</i>	ESCOLARIDADE <i>Ensino médio</i>
RENDIMENTO FAMILIAR <i>R\$ 700,00</i>		BENEFÍCIO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO RECEBIDO ( ) BPC ( ) BOLSA FAMILIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) SALÁRIO MATERNIDADE ( ) OUTROS		
ACOMPANHANTE <i>Neuzilmar</i>		GRAU DE PARENTESCO <i>mae</i>	TELEFONE	
SETOR ALA - 03 ENF-33 LEITO 69		HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>gratine semver Paruarauna</i>	PROCEDÊNCIA	
DATA DA ADMISSÃO <i>04/04/2019</i>		DATA DA ALTA	DATA DA TRANSFERÊNCIA DEPARTAMENTO DE SINDICATO DPVAT CONTÍNUO NÃO VERIFICADO	DATA DO ÓBITO <i>14 AGO 2019</i>
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jensen, N° 480 Loja 03 São Francisco - São Luís-MA				





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 52



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 53

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
- 14 AGO 2019  
Gesta Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190478626      **Cidade:** Parnarama      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAINARA DA SILVA CORREIA      **Data do acidente:** 02/04/2019      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO  
FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.14,17,37,44,49) -FIXAÇÃO EXTERNA- FÊMUR E TORNOZELO DIREITO-ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

NOME: JAINARA DA SILVA CORREIA  
NASCIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA  
IDENTIDADE: 049613802013-0  
CPF: 615.623.373-35  
PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ENDEREÇO: Povoado Paiol do Centro nº 15106 BAIRRO: CENTRO – ZONA RURAL  
CEP: 65640-000 TELEFONE: (99) 3577 4020 (86) 99819 1714  
COBERTURA: INVALIDEZ E DAMS DATA DO ACIDENTE: 02.04.2019

### OUTORGADO:

NOME: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
NASCIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
IDENTIDADE: 2.956.420 SSP-PI  
CPF: 055.031.113-03  
PROFISSÃO: AUTONOMA  
ENDEREÇO: RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO  
CEP: 65636-230  
TELEFONE: 86-99819 1714 86-98836 3230

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a VITIMA: JAINARA DA SILVA CORREIA



Caxias - MA 13 de Junho de 2019.

( local e data )

Jainara da Silva Correia

reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro



SIG. 4º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL  
Reconheço por autenticidade a(s) Firma(s)

Jainara da Silva  
Correia - 049613802013-0

Em test. 13 de Junho de 2019 da verdade  
Caxias-MA

Ednane Soares Coutinho  
Escrevente Substituto  
4º Ofício do FJ

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278182/19

**Vítima:** JAINARA DA SILVA CORREIA

**CPF:** 615.623.373-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/04/2019

**Titular do CPF:** JAINARA DA SILVA CORREIA

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

#### JAINARA DA SILVA CORREIA : 615.623.373-35

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019

Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
CPF: 055.031.113-03

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019

Nome: Ellayne da Silva Costa  
CPF: 043.601.813-61

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Ellayne da Silva Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 57



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00099/00100 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030050



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 58

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  615.623.373-35 4 - Nome completo da vítima:  Jainara da Silva Lomeia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Jainara da Silva Lomeia 6 - CPF:  615.623.373-35  
7 - Profissão:  Estudante 8 - Endereço:  Pov. Paiol do Centro 9 - Número:  15106 10 - Complemento:  Casa  
11 - Bairro:  Zona Rural 12 - Cidade:  Parnarama 13 - Estado:  MA 14 - CEP:  65640-000  
15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):  99-3577 4020

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA:  3606 CONTA:  95908

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos?  Não teve irmãos?  Não Vivos:  Falecidos:  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

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

## DEPARTAMENTO DE SINISTROS

34  Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

14 AGO 2019

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:  CPF:

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Jansen, N° 400 Loja 0

São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  Timon - MA 08 de Agosto de 2019

Jainara da Silva Lomeia

Andressa Lorrinda da Costa So

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 61



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



54.446

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  
EST. CIVIL: CASADO SEXO: FEMININO  
NASCIDO EM: 1/9/1997 NATURALIDAD PARNARAMA NACIONAL:  
RG/ÓRGÃ 049613802013-0-SSP/MA CPF: 61562337335  
FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA  
FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA  
PROFISSÃO: LAVRADOR(A)  
ENDERECO: Povoado Paiol do Centro NÚMERO: S/N CEP: 65640-000  
BAIRRO: NÃO INFORMADO CIDADE: PARNARAMA COMPLEMENTO: ZONA RURAL  
TELEFONE(S): (99) 3577-4040 Estado: MA

**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

Jainara da Silva Correia  
Comunicante

Ivoles Batista da Silveira  
Escrivão de Polícia Civil

Escrivão(a)



Késsya Walkemara Lima Costa  
Registrante

**Observações:**

Válido como certidão para fins de Direito  
Este documento é gratuito.

5/7/2019 09:11:20

Page 1 of 1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  615.623.373-35 4 - Nome completo da vítima:  Jainara da Silva Lomeia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Jainara da Silva Lomeia 6 - CPF:  615.623.373-35  
7 - Profissão:  Estudante 8 - Endereço:  Pov. Paiol do Centro 9 - Número:  15106 10 - Complemento:  Casa  
11 - Bairro:  Zona Rural 12 - Cidade:  Parnarama 13 - Estado:  MA 14 - CEP:  65640-000  
15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD):  99-3577 4020

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA:  3606 CONTA:  95908

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos? teve irmãos? teve irmãos? pais/avós vivos?

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

## DEPARTAMENTO DE SINISTROS

34  Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

14 AGO 2019

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:  CPF:

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Jansen, N° 400 Loja 0

São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  08 de Agosto de 2019

Jainara da Silva Lomeia

Andressa Lorrinda da Costa So

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

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

115

CARACTER 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 lpm	SAT. O2 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
	630	110/00		70	99		

ANAMNESE

P. ontem tive a queda de 1m.  
Anterior, 2 gravida. dae 10m.  
3600g M/F

EXAMES FÍSICOS/HDA

Fratura clav. I

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

AV Cx. da Fratura (AP/PP)

PREScrição

cd: (1) Diclofenac 50mg + 10 ev 8/10 34.30 (04:30)  
(2) SFD 9% d50ml IV + 20 1/2 34.30 (02:30)  
(3) Dapivirina 200 + 10 ev 6/60 34.30 (02:30)

ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO

SAÍDA/ALTA

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

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luis-MA

GUIA EMITIDA POR: bentosantos

# ADMISSAO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

## Dados do Paciente

PACIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA  
CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO  
ESTADO CIVIL: CASADO(A) IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias  
NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORRÉIA RAÇA/COR: PARDA  
NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORRÉIA  
OCCUPAÇÃO: 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: LINCOLN MARQUES CAMINHA BATISTA  
Proc. Solicitado:

## ANAMNESE

## EXAMES CLÍNICAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03  
São Francisco - São Luís - MA

## 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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000095908-0

---

Nr. da Autenticação 0AED1AA4F137AA16



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/02/2021 11:24:22  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021211242123100000013907558>  
Número do documento: 21021211242123100000013907558

Num. 14713933 - Pág. 66



