

Browser tabs: Email - A, Controle, Messenger, Sistema, Audiência, Consulta, PJM 0823854, PJM 0800939, (37) What, Baixar o, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=589793&ca=2103c36bd47e7c0302072567e858bd3a7f...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=589793&ca=2103c36bd47e7c0302072567e858bd3a7f...)

Apps: Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Portal do Advogado, Google, Zimbra: Movimenta..., Publicações, Email - Alana Lima..., Online Video Cutter...

ProceComCiv 0823854-82.2020.8.18.0140  
JAINARA DA SILVA CORREIA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

14713918 - CONTESTAÇÃO (2783789 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/02/2021 11:24:22

12 Feb 2021


JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14713911 - CONTESTAÇÃO
  - 14713918 - CONTESTAÇÃO (2783789 CONTESTACAO 01)
  - 14713933 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 14713938 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
  - 14713940 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 14714143 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

11:24

downloadBinario.seam 1 / 8 100% +

2783789- CS/ 2021-00214/ INVALIDEZ

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08238548220208180140

PT 11:24 12/02/2021



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="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</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



Data: Caxias - MA 13 de Junho de 2019

Neuzimar da Silva Correia

Assinatura do Declarante

Luis Galadino de Sousa Filho

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



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

de Neuzimar da Silva

Correia - Luiz Jr

Em tes: 13 de Junho da verdade

Caxias/MA de 2019

Neuzimar da Silva Correia

Escritor Substituto

Cartório do 4º Ofício



## Regulação de Leitos

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

### DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÕES

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

MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

### SITUAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE E TIPO DE LEITO SOLICITADO

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

TIPO DE LEITO SOLICITADO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDIA

### INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS:

RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM:

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

SUORTE O2: SUPORTE HEMODINÂMICO: OUTRO SUPORTE:  
Nenhum Nenhum

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

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: NÃO CAUSA: INDETERMINADA

MEDICAÇÕES EM USO: VOLTAREN 75MG (1 dia) DÍPIRONA (1 dia)

RESULTADOS DE CULTURAS:

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

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

### MOVIMENTAÇÃO

### PENDÊNCIAS

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

NÃO HÁ REGISTRO DE PENDÊNCIA.





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

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

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

Paciente Jaimara da Silva Correia N° AIH \_\_\_\_\_

Procedimento Anterior \_\_\_\_\_ Procedimento Solicitado \_\_\_\_\_

Médico Solicitante \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA

Paciente. Necessitando de Acompanhante

Dr. Luis Marques C. Batista  
Médico

DATA

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Assinatura do CPF  
São Francisco - São Luís-MA



<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS</b> <b>MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS</b>		<b>hospitalar</b>	
<b>Identificação do estabelecimento de saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO		2 - CNES 2452820	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO		4 - CNES 2452820	
<b>Identificação do paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE JAINARA DA SILVA CORREIA		8 - Nº DO PRONTUÁRIO 19011041	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO 01/09/1997	9 - SEXO ( ) Masc. (X) Fem.	10 - RAÇA/COR PARDA
		10.1 - ETNIA NÃO SE APLIC	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL NELUZIMAR DA SILVA CORREIA		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) PAIOL DO CENTRO, POVOADO PAIOL DO CENTRO			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PARNARAMA	15 - COD IBGE MUNICÍPIO 210780	16 - UF MA	17 - CEP 65640000
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Vit. de audit. motocuidativo, qtd. de mobilização de MTD</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Análise de</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>Análise e Exame Físico</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fraqueza de Fim?</i>	22 - CID 10 PRINCIPAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento</i>		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA Clínico	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA/EMERGENCIA	29 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	30 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO SOLICITANTE
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>[Assinatura]</i>	32 - DATA DE SOLICITAÇÃO 03/04/2019	33 - ASSINATURA E CARIMBO <i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo]</i>	
<b>PREENCHER EM CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - Nº DO BILHETE	39 - SÉRIE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CNAE DA EMPRESA	42 - CSOR
36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD ORGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTINÚO NÃO VERIFICADO  
  
**14 AGO 2019**  
  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Azeiteiro, 100 - 1105-000  
 São Francisco - São Luís-MA



Taiwara da Silva Correia

21 marzo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
SEXO  
10-AGO-2019  
Lito Pontalano  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Aca Jansen, N° 480/Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	Horário Aplicação Medicamento	Observação
04/04/19	# Fratura de Fêmur (D) # Fratura de Fibula (D) (Reg. Datal)		
a:	1) Distal Prof. Livre 2) SFG 3x - 500mg (C) 100mg 3) Voltaren 75mg (D) 12/8h 4) Dexametasona - 0,4mg + AD (C) 8/8h 5) Cetoprofeno 100mg + 100mg SFG 3x (C) 12/8h 6) Dipirona - 0,4mg + AD (C) 6/6h 7) SSN + CAG	3 = ( ) 18 06 34 22 06 32 24 12 18 24 06	
	Aguardando Transferência		
	Dr. Aquilino Marques MÉDICO CRM 4499 / CRM-MA 7062		





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

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	Tatiana da Silva Pereira		
IDADE	21	SEXO:	( ) MASC. (X) FEM.
ENDEREÇO			
DADOS CLÍNICOS	Gravida - 1429		
EXAMES SOLICITADOS	<p>- Rx de Fim D (AP) - Rx de Tórax D (AP) - Rx de Tórax L (AP)</p>		
DATA	03 / 04 / 19	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	<p><i>[Assinatura]</i> Cristina C. S. S.</p>
ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDO A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS			

Realizado em 03.04.19







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



(Teodoro da Silva Lemos)

NOME:

Teodoro da Silva Lemos

IDADE:

Regulada  
Alargada  
A15

Nº Enfermaria: 01  
Nº Leito: 01

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
CONTRATO Nº 01/2019  
14 AGO 2019  
Gême Seguradora S/A  
Av. Ana Jansert, Nº 460 Loja 03  
São Francisco - São Luís-MA

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	Horário Aplicação Medicamento	RELATÓRIO DE
03/09/20	1. Fome de 1500 kcal 2. Fome de 1500 kcal 3. Fome de 1500 kcal 4. Fome de 1500 kcal 5. Fome de 1500 kcal 6. Fome de 1500 kcal 7. Fome de 1500 kcal 8. Fome de 1500 kcal 9. Fome de 1500 kcal 10. Fome de 1500 kcal 11. Fome de 1500 kcal 12. Fome de 1500 kcal 13. Fome de 1500 kcal 14. Fome de 1500 kcal 15. Fome de 1500 kcal 16. Fome de 1500 kcal 17. Fome de 1500 kcal 18. Fome de 1500 kcal 19. Fome de 1500 kcal 20. Fome de 1500 kcal 21. Fome de 1500 kcal 22. Fome de 1500 kcal 23. Fome de 1500 kcal 24. Fome de 1500 kcal 25. Fome de 1500 kcal 26. Fome de 1500 kcal 27. Fome de 1500 kcal 28. Fome de 1500 kcal 29. Fome de 1500 kcal 30. Fome de 1500 kcal 31. Fome de 1500 kcal 32. Fome de 1500 kcal 33. Fome de 1500 kcal 34. Fome de 1500 kcal 35. Fome de 1500 kcal 36. Fome de 1500 kcal 37. Fome de 1500 kcal 38. Fome de 1500 kcal 39. Fome de 1500 kcal 40. Fome de 1500 kcal 41. Fome de 1500 kcal 42. Fome de 1500 kcal 43. Fome de 1500 kcal 44. Fome de 1500 kcal 45. Fome de 1500 kcal 46. Fome de 1500 kcal 47. Fome de 1500 kcal 48. Fome de 1500 kcal 49. Fome de 1500 kcal 50. Fome de 1500 kcal 51. Fome de 1500 kcal 52. Fome de 1500 kcal 53. Fome de 1500 kcal 54. Fome de 1500 kcal 55. Fome de 1500 kcal 56. Fome de 1500 kcal 57. Fome de 1500 kcal 58. Fome de 1500 kcal 59. Fome de 1500 kcal 60. Fome de 1500 kcal 61. Fome de 1500 kcal 62. Fome de 1500 kcal 63. Fome de 1500 kcal 64. Fome de 1500 kcal 65. Fome de 1500 kcal 66. Fome de 1500 kcal 67. Fome de 1500 kcal 68. Fome de 1500 kcal 69. Fome de 1500 kcal 70. Fome de 1500 kcal 71. Fome de 1500 kcal 72. Fome de 1500 kcal 73. Fome de 1500 kcal 74. Fome de 1500 kcal 75. Fome de 1500 kcal 76. Fome de 1500 kcal 77. Fome de 1500 kcal 78. Fome de 1500 kcal 79. Fome de 1500 kcal 80. Fome de 1500 kcal 81. Fome de 1500 kcal 82. Fome de 1500 kcal 83. Fome de 1500 kcal 84. Fome de 1500 kcal 85. Fome de 1500 kcal 86. Fome de 1500 kcal 87. Fome de 1500 kcal 88. Fome de 1500 kcal 89. Fome de 1500 kcal 90. Fome de 1500 kcal 91. Fome de 1500 kcal 92. Fome de 1500 kcal 93. Fome de 1500 kcal 94. Fome de 1500 kcal 95. Fome de 1500 kcal 96. Fome de 1500 kcal 97. Fome de 1500 kcal 98. Fome de 1500 kcal 99. Fome de 1500 kcal 100. Fome de 1500 kcal	1. Fome de 1500 kcal 2. Fome de 1500 kcal 3. Fome de 1500 kcal 4. Fome de 1500 kcal 5. Fome de 1500 kcal 6. Fome de 1500 kcal 7. Fome de 1500 kcal 8. Fome de 1500 kcal 9. Fome de 1500 kcal 10. Fome de 1500 kcal 11. Fome de 1500 kcal 12. Fome de 1500 kcal 13. Fome de 1500 kcal 14. Fome de 1500 kcal 15. Fome de 1500 kcal 16. Fome de 1500 kcal 17. Fome de 1500 kcal 18. Fome de 1500 kcal 19. Fome de 1500 kcal 20. Fome de 1500 kcal 21. Fome de 1500 kcal 22. Fome de 1500 kcal 23. Fome de 1500 kcal 24. Fome de 1500 kcal 25. Fome de 1500 kcal 26. Fome de 1500 kcal 27. Fome de 1500 kcal 28. Fome de 1500 kcal 29. Fome de 1500 kcal 30. Fome de 1500 kcal 31. Fome de 1500 kcal 32. Fome de 1500 kcal 33. Fome de 1500 kcal 34. Fome de 1500 kcal 35. Fome de 1500 kcal 36. Fome de 1500 kcal 37. Fome de 1500 kcal 38. Fome de 1500 kcal 39. Fome de 1500 kcal 40. Fome de 1500 kcal 41. Fome de 1500 kcal 42. Fome de 1500 kcal 43. Fome de 1500 kcal 44. Fome de 1500 kcal 45. Fome de 1500 kcal 46. Fome de 1500 kcal 47. Fome de 1500 kcal 48. Fome de 1500 kcal 49. Fome de 1500 kcal 50. Fome de 1500 kcal 51. Fome de 1500 kcal 52. Fome de 1500 kcal 53. Fome de 1500 kcal 54. Fome de 1500 kcal 55. Fome de 1500 kcal 56. Fome de 1500 kcal 57. Fome de 1500 kcal 58. Fome de 1500 kcal 59. Fome de 1500 kcal 60. Fome de 1500 kcal 61. Fome de 1500 kcal 62. Fome de 1500 kcal 63. Fome de 1500 kcal 64. Fome de 1500 kcal 65. Fome de 1500 kcal 66. Fome de 1500 kcal 67. Fome de 1500 kcal 68. Fome de 1500 kcal 69. Fome de 1500 kcal 70. Fome de 1500 kcal 71. Fome de 1500 kcal 72. Fome de 1500 kcal 73. Fome de 1500 kcal 74. Fome de 1500 kcal 75. Fome de 1500 kcal 76. Fome de 1500 kcal 77. Fome de 1500 kcal 78. Fome de 1500 kcal 79. Fome de 1500 kcal 80. Fome de 1500 kcal 81. Fome de 1500 kcal 82. Fome de 1500 kcal 83. Fome de 1500 kcal 84. Fome de 1500 kcal 85. Fome de 1500 kcal 86. Fome de 1500 kcal 87. Fome de 1500 kcal 88. Fome de 1500 kcal 89. Fome de 1500 kcal 90. Fome de 1500 kcal 91. Fome de 1500 kcal 92. Fome de 1500 kcal 93. Fome de 1500 kcal 94. Fome de 1500 kcal 95. Fome de 1500 kcal 96. Fome de 1500 kcal 97. Fome de 1500 kcal 98. Fome de 1500 kcal 99. Fome de 1500 kcal 100. Fome de 1500 kcal	1. Fome de 1500 kcal 2. Fome de 1500 kcal 3. Fome de 1500 kcal 4. Fome de 1500 kcal 5. Fome de 1500 kcal 6. Fome de 1500 kcal 7. Fome de 1500 kcal 8. Fome de 1500 kcal 9. Fome de 1500 kcal 10. Fome de 1500 kcal 11. Fome de 1500 kcal 12. Fome de 1500 kcal 13. Fome de 1500 kcal 14. Fome de 1500 kcal 15. Fome de 1500 kcal 16. Fome de 1500 kcal 17. Fome de 1500 kcal 18. Fome de 1500 kcal 19. Fome de 1500 kcal 20. Fome de 1500 kcal 21. Fome de 1500 kcal 22. Fome de 1500 kcal 23. Fome de 1500 kcal 24. Fome de 1500 kcal 25. Fome de 1500 kcal 26. Fome de 1500 kcal 27. Fome de 1500 kcal 28. Fome de 1500 kcal 29. Fome de 1500 kcal 30. Fome de 1500 kcal 31. Fome de 1500 kcal 32. Fome de 1500 kcal 33. Fome de 1500 kcal 34. Fome de 1500 kcal 35. Fome de 1500 kcal 36. Fome de 1500 kcal 37. Fome de 1500 kcal 38. Fome de 1500 kcal 39. Fome de 1500 kcal 40. Fome de 1500 kcal 41. Fome de 1500 kcal 42. Fome de 1500 kcal 43. Fome de 1500 kcal 44. Fome de 1500 kcal 45. Fome de 1500 kcal 46. Fome de 1500 kcal 47. Fome de 1500 kcal 48. Fome de 1500 kcal 49. Fome de 1500 kcal 50. Fome de 1500 kcal 51. Fome de 1500 kcal 52. Fome de 1500 kcal 53. Fome de 1500 kcal 54. Fome de 1500 kcal 55. Fome de 1500 kcal 56. Fome de 1500 kcal 57. Fome de 1500 kcal 58. Fome de 1500 kcal 59. Fome de 1500 kcal 60. Fome de 1500 kcal 61. Fome de 1500 kcal 62. Fome de 1500 kcal 63. Fome de 1500 kcal 64. Fome de 1500 kcal 65. Fome de 1500 kcal 66. Fome de 1500 kcal 67. Fome de 1500 kcal 68. Fome de 1500 kcal 69. Fome de 1500 kcal 70. Fome de 1500 kcal 71. Fome de 1500 kcal 72. Fome de 1500 kcal 73. Fome de 1500 kcal 74. Fome de 1500 kcal 75. Fome de 1500 kcal 76. Fome de 1500 kcal 77. Fome de 1500 kcal 78. Fome de 1500 kcal 79. Fome de 1500 kcal 80. Fome de 1500 kcal 81. Fome de 1500 kcal 82. Fome de 1500 kcal 83. Fome de 1500 kcal 84. Fome de 1500 kcal 85. Fome de 1500 kcal 86. Fome de 1500 kcal 87. Fome de 1500 kcal 88. Fome de 1500 kcal 89. Fome de 1500 kcal 90. Fome de 1500 kcal 91. Fome de 1500 kcal 92. Fome de 1500 kcal 93. Fome de 1500 kcal 94. Fome de 1500 kcal 95. Fome de 1500 kcal 96. Fome de 1500 kcal 97. Fome de 1500 kcal 98. Fome de 1500 kcal 99. Fome de 1500 kcal 100. Fome de 1500 kcal

1405

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

REGISTROS DE ENFERMAGEM

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

DATA: 03/04/19

NOME: Faiana da Silva Sousa  
ENFERMIA: Dalia

IDADE:

SEXO: F  
LEITO: 03

SINAIS VITAIS

ANOTAÇÕES

HORA	PA	TAX	FC	FR	SPO2	GLUCEMIA	ESCORE DOR	HORA	ANOTAÇÕES
06:00								06:00	Paciente acordou sem muito calma última de admitir da motricidade prática no nome do relato de na parte de guardando liberação de tudo
12:00								12:00	Realizou exames de SVD, Reforço em gestão e ultra-sons
18:00	Box 10							18:00	Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957
24:00	12 x 8							24:00	Exame 1500 ml de urina Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957
06:00								06:00	Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957
12:00								12:00	Paciente segue no leito sem queixa de dor
18:00								18:00	Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957
24:00								24:00	Hilma Mirella Costa e Silva Enfermeira COREN-MA: 504957

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOROC

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

81918100341052170769 01/09/1997

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

BOVATO DA RUA DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65640000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Went em frente de plano D go  
ocident de eum

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Went S

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

R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

R. 10

S. 10

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

46 - Nº DO BILHETE

47 - Nº DO BILHETE

48 - Nº DO BILHETE

49 - Nº DO BILHETE

50 - Nº DO BILHETE

51 - Nº DO BILHETE

52 - Nº DO BILHETE

53 - Nº DO BILHETE

54 - Nº DO BILHETE

55 - Nº DO BILHETE

56 - Nº DO BILHETE

57 - Nº DO BILHETE

58 - Nº DO BILHETE

59 - Nº DO BILHETE

60 - Nº DO BILHETE

61 - Nº DO BILHETE

62 - Nº DO BILHETE

63 - Nº DO BILHETE

64 - Nº DO BILHETE

65 - Nº DO BILHETE

66 - Nº DO BILHETE

67 - Nº DO BILHETE

68 - Nº DO BILHETE

69 - Nº DO BILHETE

70 - Nº DO BILHETE

**AUTORIZAÇÃO**

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





**PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR**

Nome: JAINARA M SILVA CORREIA Sexo: F Número: 002458  
Endereço Municipal: NOVO ADO BAIO DO CANTO 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 Hospita |
| 2. <input type="checkbox"/> Outra Unidade         | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital            |
| 3. <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado  | 3.2 <input type="checkbox"/> Outros                         |

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

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

Cobertura: \_\_\_\_\_ Instituição Previdenciária: ☐ Segurado ☐ Dependente ☐ Outros

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Vínculo de Parentesco: \_\_\_\_\_

Denominação e Endereço do Trabalho: \_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos: \_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos e Familiares: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Imediato conciso sobre a doença atual: \_\_\_\_\_

Exame Clínico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Admissão: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Assinatura do Médico que Admitiu o Paciente: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 0  
São Francisco - São Luís-MA

F22 dos Clínicos B. Souz  
Ortopedia e Traumatologia  
RM-MA 9537

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





# 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

JAINARA DA SILVA CORREIA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819.810.0314105211012690110997

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POÇO ADO PIOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNARAMA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65641000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

OSTEOS DE TNZ D

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

OSTEOS DE TNZ D

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO DPVAT

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
Gente Seguradora S/A  
Av. Ana Jansen, Nº 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

JAINARA M. SILVA CORREIA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETN

09/01/03 4052110216901109/97

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

NEUZAMAR SILVA CORREIA

000

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MÃE

000

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOADO PIOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAKAMA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65641000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Seu filho tem...

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

46 - NOME DO SEGURADOR

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





## BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Jaiwana da Silva Correia Idade: 21 Leito:       

Condições Pré-Operatórias:       

Exames Clínicos: PORTAUMAXI 2 ADO Risco (Asa): II

Premedicação:        Hora:       

AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO	500	O.X. - + Esc.
	SANGUE	400	
	OUTROS	300	
	OUTROS	200	
TEMPERATURA	°C	280	Gum EU J.R. MFC. W
P. ARTERIAL:	38	240	
PULSO	36	200	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	34	180	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	32	160	
RESPIRAÇÃO	30	140	
SÍMBOLOS			DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Gum

Acidente - Incidente:       

Justificativas:       

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

PACIENTE TRANSFERIDO		
GS:	RH:	VOL:

TOTAL DE DOSES		DECARON-01A		Soro Glicosado 500 ml	
Flaxedil	<u>01</u> amp	Thionambutal	<u>05</u> ml	Soro Fisiológico	<u>02</u> amp
Inoval	<u>01</u> amp	Atropina	<u>02</u> amp	Água Bidestilada 10 ml	<u>02</u> amp
Quelito	<u>01</u> fr	Prostímico	<u>02</u> amp	Xylocaina	<u>02</u> amp
Fentanil	<u>02</u> ml	Adrenalina	<u>02</u> amp	Buttety N°	<u>14</u> AGO 2019
Valium	<u>01</u> amp				

CHLORALHIDRATO 01g  
PARALUMIN 01g  
CECLAMINA 01g

Data: 14, 04, 2019

Anestesista - CRM: 97281A



## BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Pinare da Silva Lins

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

Condições Pré-Operatórias:

**Exames Clínicos:**

**Risco (Ass):**

Hora:

755.51

AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	Hora:	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO SANGUE OUTROS	300 400 300 200 100		ST 2000
TEMPERATURA	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10		Equis filas
P. ARTERIAL: <i>100x30</i>	38			
PULSO	36			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	34			
INÍCIO E FIM ANESTESIA ⊙	32			
RESPIRAÇÃO	30			
SÍMBOLOS				DURAÇÃO

**Técnica de Anestesia:**

Acidente - Incidente:

**Justificativas:**

OXIGÊNIO

Início: 15:55

Término: 16:50

PACIENTE TRANSFERIDO

GS: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_ VOL. \_\_\_\_\_

## TOTAL DE DOSES

Flaxedil \_\_\_\_\_ amp

Inoval \_\_\_\_\_ amp

Quelito \_\_\_\_\_, fr

Fentanyl \_\_\_\_\_ ml

Valium \_\_\_\_\_ amp

Thionambutal \_\_\_\_\_ gm

Fluothane \_\_\_\_\_

Atropina \_\_\_\_\_ mg

Prostimine \_\_\_\_\_ amp

Adrenalina \_\_\_\_\_ amp

Soro Glicosado 500 ml

### Soro Fisiológico

Água Bidestillada 10 ml

Xylocaine

Buttessi N°

04  
TRANSACCIONES DE SINISTROS

0 ml DPVAT

CONTENTS

AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Jansen, N° 400 - loja 8  
01010-000 - São Paulo - SP

Francisco - São Luís - Maranhão

Data: 23, 09, 2019

Anesthetics used





## BOLETIM DE ANESTESIA

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

Condições Pré-Operatórias: Gravida 2 SEMUA DIREITO = DISTROFICAÇÃO

Exames Clínicos: OK Risco (Asa): F

Premedicação: at Hora: \_\_\_\_\_

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUENCIA
502	3	
	2	
	1	
LÍQUIDO	SOLUTO	
	500	
	400	
	300	
	200	
	100	
TEMPERATURA	C°	
T		
P. ARTERIAL:	38	
V	36	
PULSO	34	
INICIO E FIM ANESTESIA	32	
X	30	
INICIO E FIM ANESTESIA		
RESPIRAÇÃO		
SÍMBOLOS		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Intubação + Bloqueio 93 Amarelo

Acidente - Incidente: 1. 2m 4mg + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100

Justificativas: + 0,1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100

1. 2m 4mg + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100

1. 2m 4mg + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100

**OXIGÊNIO**  
Início: 15:30  
Término: 17:10

**PACIENTE TRANSFERIDO**  
GS: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_ VOL: \_\_\_\_\_

### TOTAL DE DOSES

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

Thionambutal \_\_\_\_\_ gm  
Fluothane \_\_\_\_\_ ml  
Atropina \_\_\_\_\_ 07 amp  
Prostima \_\_\_\_\_ 2520- 01 amp  
Adrenalina \_\_\_\_\_ amp

Soro Glicosado 500 ml  
Soro Fisiológico \_\_\_\_\_ amp  
Água Bidestilada 10 ml  
Xylocaina \_\_\_\_\_ 20 mg  
Buttetyl N° \_\_\_\_\_ 01 Unid

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

1. 2m 4mg + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100 + 1mg 100

Data: 30 / 04 / 2019

Anestesista - CRM \_\_\_\_\_

Dr. Henschell Carvalho  
Anestesiologia  
CRM 1082/MA



**BOLETIM DE CIRURGIA**

Nome: JAINARA MA. NEIVA CORALVA Apto.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Fratura de fêmur

Operação: Fixação com nalis código: \_\_\_\_\_

Perte: \_\_\_\_\_ us Cirurgião: [Assinatura] us Anestesista \_\_\_\_\_

Auxiliares 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

Instrumentadora: [Assinatura] Circulante: \_\_\_\_\_

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

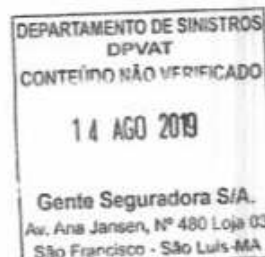
Achados: \_\_\_\_\_

Técnica e Tática Cirúrgica: [Assinatura]

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

Data: 11 / 11 / 19

Cirurgião- CRM [Assinatura]



**BOLETIM DE CIRURGIA**

Nome: JAQUEIRA DA SILVA CORREIA Apto.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: fratura  
Operação: União + fixação código: \_\_\_\_\_  
Perte: \_\_\_\_\_ us Cirurgião: Dr. Alcides us Anestesista \_\_\_\_\_  
Auxiliares 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_  
Instrumentadora: M. A. F. Circulante: \_\_\_\_\_  
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).  
Achados: \_\_\_\_\_

Técnica e Tática Cirúrgica:

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

Data: 27.05.16

Cirurgião- CRM \_\_\_\_\_

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

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: JAILYRA DA SILVA CARREIA Apto.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Fratura de fêmur  
Operação: Reparo com placa e parafusos código: \_\_\_\_\_  
Perte: \_\_\_\_\_ us Cirurgião: DR. ALDOES us Anestesista: DR. KESCKEL  
Auxiliares 1º DR. LUIS RICHARDS 2º \_\_\_\_\_  
Instrumentadora: PAULO CESAR Circulante: RAIMUNDA  
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).  
Achados: \_\_\_\_\_

Técnica e Tática Cirúrgica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Data: 30 / 04 / 2019

Cirurgião- CRM \_\_\_\_\_

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA: 2828 / CRM-PE: 1475

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



NOME: Jailson da Silva Pereira SEXO: M  
PROCEDIMENTO: Exatão Imunol. INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35  
CIRURGIÃO: DR. Alcides MÉDICO AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: Osvaldo Luiz CIRCULANTE: Juliano + Fátima  
ANESTESISTA: DR. Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE ☐ PERIDURAL ☐ GERAL ☒ terço 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		Cottonoide n°		Xylocaina spray		
	Aguilha raque n°		Sorgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°		Faixa de smarch		Neocaina pesada	03	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	01	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N		Ringer lacerado 500ml
01	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14		Atadura de creopon n°		Aminofilina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16	02	Atadura de creopon n°	0,5	Atrupina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	1000	Espandrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jelco n° 22	5	Toca c/ elastico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24	5	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02	1	Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural	1	Máscara		Cortizonol 500mg	0	Propofol
	Cordclamp	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° 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	01	Decadron		Hallotang
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona	01	ma fies long
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	01	Aspirador
1-01	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	01	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl n° 2,0		Fernagan	01	Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	01	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina	01	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina	01	Oxigênio (O2)
05	Eletrodo descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanakion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar	01	Auto propun
01	Lamina de bisturi n° 34		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Pasil)	01	Encefal
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete		Fios Sutapak s/ agulha	04	Orastina		
02	Bisturi descart n°		Cera de Osso		Prostgmine	01	servo plunimo
02	Luvas estéreis n° 7,5				Pavlonosa	01	Baba tes
02	Luvas estéreis n° 6,5				Naftidina		

01 Luvas - 6,0

data - 11-04-19

Ass. Inf

W dos Milagres O. Bezerra Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-MA 21774

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICAR  
14 AGO 2019

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

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





NOME: Pinare da Silva Correia SEXO: F LEITO:         
PROCEDIMENTO: Aborto a termo 2 INICIO: 15:55 TERMINO:         
CIRURGIÃO: Dr. Aleides MÉDICO AUXILIAR: Dr. Louis Ricardo  
INSTRUMENTADOR: Ana CIRCULANTE: Dr. Ribeiro / Kelsa  
ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

**CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO**

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspição n°		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspição n°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	2	Cefazolina
2	Aguilha 30x8		Espanja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
2	Aguilha 40x12		Cotonóide n°		Xylocaina spray		
	Aguilha raque n° 25,7		Surgitel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolenc		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°	2	Faixa de smarch	2	Neocaina pesada	3	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	10	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	10	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	2	Ringer lacrado 500ml
2	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
2	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
2	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14	2	Atadura de crepon n°		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16		Atadura de crepon n°		Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Microport	2	Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	2 Dem	Espandrapo		Bicarbonato de sódio	2	Dimorf
	Cateter jelco n° 22		Toca c/ elastico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
1	Cateter ocular O2		Sapatilha		Cortizonol 100mg	1	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp	1	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembatal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	1	Mononylon n° 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	2	Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona		
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
1	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Texas 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°	1	Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%		Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina		Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina		Oxigênio (O2)
5	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanacion	1	nanikdins
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalor	1	nome não
1	Lamina de bisturi n° 10		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete		Fios Sutapak s/ agulha		Orastina		
	Bisturi descart n°		Cera de Osso		Prosigmine		
2	Luvas estéreis n° 10				Pavlonas		
2	Luvas estéreis n° 10						

23.04.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRATO NÃO VERIFICADO  
23.04.2019  
Téc. em Enfermagem  
COREN-MA: 433...  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 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: JANUANA DA SILVA CORREIA SEXO: F LEITO:       
PROCEDIMENTO: OSTEOSINTESE FEMUR D INICIO: 15:15 TERMINO: 17:10  
CIRURGIÃO: DR. ALCIDES MÉDICO AUXILIAR: DR. LUIS RICARDO  
INSTRUMENTADOR: PAULO CESAR CIRCULANTE: RAIMUNDO  
ANESTESISTA: DR. KERSCHELL ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

**CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO**

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente	01	Sonda Aspiração n° 12		Formol		Ampicilina
	Agulha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Agua Oxigenada		Cefalotina
02	Agulha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	02	Cefazolina
02	Agulha 30x8		Esponja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
02	Agulha 40x12		Cottonoid n°		Xylocaina spray	01	<del>DRUGS REPARADORA</del>
01	Agulha raque n° 25		Surfidel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Agulha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Agulha peridural n°		Faixa de smarch		Neocaina pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	03	Ringer lacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS	01	<del>RASTROCK</del>
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina	01	<del>BERMOPELO</del>
	Cateter jelco n° 14	06	Atadura de creopon n° 5		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16		Atadura de creopon n°	03	Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore	03	Agua destilada		Dornot / dolosal
01	Cateter jelco n° 20	X	Esparradrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jelco n° 22	X	Toca c/ elastico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24	X	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02		Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembatal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	04	Mononylon n° 2.0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°		Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°	02	Dipirona	01	<del>BOPIACANA</del>
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina	01	<del>CECOPRENO</del>
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
01	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina	X	Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	X	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	X	Ar comprimido
	Equipo de sangue	03	Vicryl n° 4		Fernagaa		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
01	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	X	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina	X	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado	01	Cat. gust. simples n° 2.0		Gluconato de Cálcio	X	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina	X	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanaktion		
01	Pulsaira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar		
01	Lamina de bisturi n° 24		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutapak s/ agulha		Prosfimine		
03	Luvas estéreis n° 7.5		Cera de Osso		Pavolonsa		
03	Luvas estéreis n° 6.5						

02 7.0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
Raimundo Francisco Pereira de Deus  
Técnico em Radiologia  
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 - São Luís-MA



## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 04/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO

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

*Handwritten signature: D. M. de Souza*

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





**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **05/04/19**

NOME	IDADE
<b>JAINARA DA SILVA CORREIA</b>	<b>21</b>

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO

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

Dr. Jose Antonio Rocha Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 8475

10 - Conectar a Kering  
(14) - 01 8/8h  
± 20 f/h/m.

392-443

Dr. Marcos Vinicius  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO 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	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN	

Dr. Ednan Soares Coutinho - Filho  
Otorrinolaringologista  
CRM-MA: 21238 / C.R.O. - PL 1976

150.430.212

Dr. Ednan Soares Coutinho - Filho  
Otorrinolaringologista  
CRM-MA: 21238 / C.R.O. - PL 1976

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



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **07/04/19**

NOME	IDADE
<b>JAINARA DA SILVA CORREIA</b>	<b>21</b>

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZELO D  
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	SF: 500 + 500 <i>ap</i>
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT <i>08</i> <i>06</i>
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	<i>04</i> <i>2</i> <i>03</i>
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	<i>04</i> <i>06</i>
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	<i>04</i> <i>06</i> <i>12</i>
7-CCGG	
8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN	<i>Atenção</i>
9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO	

Fco das Chagas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 0517

Kelya Lacerda Braga  
Enfermeira  
COREN - MA 427.775

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTRATO 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 **08/04/19**

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-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H

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 - COMP VO 12/12H

8 - (FTV) Mpr 100 + 100 - 12 - 14

500  
12 06  
18 06  
18 06  
18 06  
18 06  
18 06

Dr. João Ronaldo Rocio Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
SBOTTEOT 14284

Dr. M. M. de Sousa  
CORRENTE 14284-ENF

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 **09/04/19**

NOME

**JAINARA DA SILVA CORREIA**

IDADE

**21**

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

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

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIOS**

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H

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-CCGG

*Dieta Livre*  
*(586X 586)*  
*NT (18) 060*  
*SN*  
*18 060 18*  
*24 060 18*

*Dr. Jorge Antônio Rocha Reis*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 14281*

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



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **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

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-TALA ROTA GESSADA

Dr. José Carlos de Jesus Sales  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-MA 654 384.964.967-91

Dionisio Lima  
FARMACIA  
CURUP-MA 592-443

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





**HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO**

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 11/04/19

**NOME**

JAINARA DA SILVA CORREIA

ICADE

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  
CURADA 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 DOB

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 - CFAR  $1.0 \text{ g} \div m =$

COMMUNICATIONS SECTION  
 OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL  
 1000 PENNSYLVANIA AVENUE, N.W.  
 WASHINGTON, D.C. 20540  
 (202) 696-6000

7  
Fco dos Chagas B. Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 34.000

N.T. 10 06

1.ª - **Priscila Rodrigues**  
- Enfermeira  
- 357.194

2.ª - **Ida Rodrigues**  
- Enfermeira  
- XEN 237.194

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 **12/04/19**

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  
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
- 3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h
- 4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D1
- 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 COMP VO 12/12H
- 9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA
- 10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS
- 1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS
- 12- Fisioterapia Respiratória e Motora
- 13- Curativos Diários
- 14- SSVV + CCGG

Handwritten notes and signatures in the Horários column, including "SF: 08/04/19" and various initials.

*Luiz Ricardo da Luz Borges*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-P: 3803

*Kelya Lacerda Braga*  
Enfermeira  
C.R.E.N. - MA 471

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





**HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO**

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 13/04/19

NOME \_\_\_\_\_

LOADF

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR D  
PRE OPERATORIO  
FRATURA DE TORNOZELO D  
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO  
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO  
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS  
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	
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	
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	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- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

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

Yvelle Regina Rodrigues  
Enfermeira  
COREN 287.194

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 14/04/19

**NOME**

104DE

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

**LICITO HMG**

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIOS

### 1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 1000 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 D2

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 COMP VO 12/12H

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

## 12- Fisioterapia Respiratória e Motora

### 13- Curativos Diarios

14- SSVV + CCGG

Charlton Mayor de A. Sousa  
Departamento de Transportes e Obras  
CRA-Pl. 400 / CRA-MA 045  
TEST 14743

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 **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  
LICITO HMG

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

Charlton Ivonor de A. Sousa  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 4209 / CRM-MA 645  
TEOT 14743



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **16/04/19**

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		Dieta para Has
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h		11:30h chv
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 22h 24h
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h		18 20h 22h 24h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SW	
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H		18 20h 22h 24h
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H ( SUSPENSO )		
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA		08h
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	SW	
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	SW	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	-	
13- Curativos Diários	-	
14- SSVV + CCGG	-	

Dr. Marcos Antônio S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 15287 CREA-PE 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

Jessica Martins  
COREN - MARANHÃO - ENF



**HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO**

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 17/04/19

**NOME**

JAINARA DA SILVA CORREIA

LOADS

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

LICITO HMG

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIOS

### 1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 1000 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 D2

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 MANHÃ

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

- Paracetamol 500 mg----- 1 cp vo 6/6 SOS

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

John Pennie  
28/11/2008

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **18/04/19**

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 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 D7

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

- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

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

*Kyella Lucinda Braga*  
Enfermeira  
COREN - RN 427.773

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉÚDO 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 **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 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

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 )

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

15- EXERCICIO VESICAL P RETIRADA DA SONDA

Fco dos Chagas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ nº 14.953/7

Fco dos Chagas B. Sousa  
Ortopedia e Traumatologia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉIDO 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 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

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D9

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

15 - EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA

Dr. Ricardo da Luz Borges  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 1803

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

Deanny Lima  
Entrevistada  
CPF: 392.443



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **21/04/19**

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

14/04/2019 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

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D10

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

15 - EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA **OK**

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

*José Roberto da Silva*  
Coordenador de Sinistros

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 **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 BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

**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 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

1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSV + CCGG

**DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

QUIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA  
CRM MA 6028 | SBUS 05785/16 | RQE 2082

*Kelly Lacerda Ganga*  
Enfermeira  
COREN - MA 427773

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 **23/04/19**

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

GUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

HOJE

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIOS**

1- Dieta ZERO

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

- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSV + CCGG

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

Jessica Almeida Soares  
COREN - MA 100000 - ENF

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



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **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 BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

**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

1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

15- TA 40/40 100 + 100 ml SF 0,9% EV 8/8h 11

SN

Dr. José Carlos de Jesus Sales  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-MA 894 CPF 384.954.867-91

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 **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 BIOQUÍMICA + 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	
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	
- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho

Ortopedia / Traumatologia

CRM-MA-2828 / CRM-P-4926

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

14/08/2019  
CORREN. MA. S/Nº 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 TORNOZELO 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	Dieta livre
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	(SAB)
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11	12h
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	12h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	12h
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	12h
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)	12h
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	12h
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	12h
1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	12h
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	12h
13- Curativos Diários	12h
14- SSV + CCGG	12h

Dr. Ednan Soares Coutinho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 8475

Ana Karina dos S. Coutinho  
Enfermeira  
COREMA 184900

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





**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **36**

LEITO **76**

ALA **03**

DATA **27/04/19**

**JAINARA DA SILVA COREEIA**

IDADE

**21**

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRATURA 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 S O S

4-CETOPROFENO 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 HS

6-CCGG

7-CCGG

500

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉÚDO 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 **28/04/19**

IDADE

**JAINARA DA SILVA COREEIA**

**21**

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRATURA DE TÍZ FIXADA  
AGURADA CONVERSÃO FMUR

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIOS**

1-DIETA ORAL LIVRE

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

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS (805)

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

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 HS (805)

6- CCGG

7-

Dr. Miguel Angelo Reis Filho  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PI 4369-TEOT 1437

Dr. João Roberto Rodrigues  
Enfermeiro  
COREN 247.194

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 **29/04/19**

**JAINARA DA SILVA COREEIA**

IDADE

**21**

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRATURA DE TNZ FIXADA  
AGURADA CONVERSAO FEMUR

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIOS**

1-DIETA ORAL LIVRE

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

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

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

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H

6-CCGG

*(Handwritten notes and signatures in the Horários column)*

*(Handwritten signature and stamp: Dr. José Ivanildo Rocha, Ortopedia e Traumatologia, SBO 1428, CRM 144.755)*

*(Stamp: Fátima M. M. de Sousa, COREN-MA 144.755, PARCELAMENTO 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 30/04/19

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRATURA DE TNZ FIXADA  
SO FEMUR D HOJE

ρ, r

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIOS

1-DIETA ORA LZERO

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

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 H8 3-35

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

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 12/12 H

6- CCGG

2. 7. 1964 <sup>10.00</sup> - 10.00

Luis Ricardo de la Cruz Borges  
Ortopedia y Traumatología  
Cristóbal Colón 2002

atenção

1 + 2 = 3



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA**

ENFERMARIA **36**

LEITO **76**

ALA **03**

DATA **01/05/19**

**JAINARA DA SILVA CORREIA**

IDADE

**21**

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR  
FRATURA DE TNZ FIXADA  
1DPO

**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**

**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

*[Signature]*  
DR. JONIVON DE A. SOUSA  
MEDICINA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-MA 12091 / CRM-MA 846-  
TERT 14743

*[Signature]*  
Enfermeiro  
COREN-MA 230.060

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**

IDADE

**JAINARA DA SILVA CORREIA**

**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

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

4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 12/12 HS

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

8-HEMACEAS -01 BOLSA 15 GOTAS/MIN

9-CAPTAPRIL 50 SL 01 COMP. AGORA

10-LOSARTANA 50 01 COMP. A NOITE

11-CCGG

Dr. Alcides Vilarinho de S. Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-MA-2828 CRM-PL-1976

Kyrlia Lacerda Bezerra  
Enfermeira  
COREN - MA 027.776

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

## FICHA SOCIAL

<b>UNIDADE:</b> HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO						<b>Nº DO PRONTUÁRIO</b>
<b>ENDEREÇO:</b> BR 316, Sentido Caxias - Teresina, entre Km 563 e 564 - CAXIAS - MA						
<b>NOME:</b> Mileara da Silva Correia			( ) MASCULINO	(X) FEMININO		
<b>NOME SOCIAL:</b>			<b>CARTÃO SUS:</b> 898003405210269		<b>RACIA/COR(AUTODECLARADO)</b>	
<b>ENDEREÇO:</b> Povoado Pau do Centro				<b>PONTO REFERÊNCIA</b>		
<b>TELEFONE:</b> 98852362			<b>NATURALIDADE:</b> Ceará		<b>DATA DE NASCIMENTO (IDADE):</b> 12/09/1997 22 anos	
<b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b> ( ) SIM ( ) NÃO <b>QUAL?</b>			<b>DOCUMENTOS QUE POSSUI</b> ( ) RG ( ) CPF ( ) CTPS ( ) CNH ( ) CERTIDÃO DE NASCIMENTO			
<b>AÇÃO</b> Neuzilene Silva Cordeiro						
<b>ESCOLARIDADE</b> Ensino médio			<b>PROFISSÃO</b> Horadora		<b>ESTADO CIVIL</b> Casada	
<b>COMPOSIÇÃO FAMILIAR (RESIDENTE COM O USUÁRIO)</b>						
NOME	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	ESCOLARIDADE	Ocupação		
Mãe		Mãe				
Filha		Filha				
<b>RENDA FAMILIAR</b> R\$ 700,00			<b>BENEFÍCIO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO RECEBIDO</b> ( ) BPC ( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) SALÁRIO MATERNIDADE ( ) OUTROS			
<b>acompanhante</b> Neuzilene			<b>GRAU DE PARENTESCO</b> Mãe		<b>TELEFONE</b>	
<b>SETOR ALA</b> 03 ENF-33 LEITO 69			<b>HIPÓTESE DIAGNOSTICA</b> Fratura femur Parauranura		<b>PROCEDENCIA</b>	
<b>DATA DA ADMISSÃO</b> 04.04.2019			<b>DATA DA ALTA</b>		<b>DATA DA TRANSFERÊNCIA DATA DO ÓBITO</b>	
					DEPARTAMENTO DE SAÚDE DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	
					14 AGO 2019	
					Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03 São Francisco de Assis - São Luís - MA	



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

049613802013-0 30/08/2013

RENASC. N. 52.605 FLS. A189 LIV. A65

DATA DE NASCIMENTO 01/09/1997

VIA-01

JURACI RODRIGUES CORREIA E NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

JAINIRA DA SILVA CORREIA

CAXIAS - MA

615623373-35

P-228

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

14713933-3

JAINIRA DA SILVA CORREIA

CARTÃO DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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



**VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL**  
**2.956.420**  
**09/11/18**  
**ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
**FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
**JOSE DE RIBAMAR SOUSA**  
**TERESINA-PI**  
**15/07/1993**  
**CERT. NASC. 60160 L 128 F 24**  
**EXP. TIMON-MA 11/08/93**  
**055.031.113-03**  
**LEI Nº 7.118 DE 20/06/95 - DECRETO Nº 88.250/93**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IDOPI**  
**ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
**15/07/1993**  
**TERESINA-PI**

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



## MUST-HAVE SADDLES

VA — CDO MILITARY — HALLS — EVANS

NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

[illegible]

— PLACANT / LE —

V. NOV 2 MA 902H0210CR002720

AS/MEJOCIC/ETA/  
CASOLINA

DATA/PIU 100	201	201
CATEGORIA	201	201
CONTRIBUENTE	201	201

000225/0097 C	PARTICU	VERMELHA
---------------	---------	----------

1	00000000	18/03/15	PA0001/MI000/CO015	PA0001/MI000/CO015	PA0001/MI000/CO015
2	00000000				

NO. OF PAGES	NO. OF	PERCENT TOTAL	PERCENT
0.1	0.01	3	0.00000000

86.75	1.11	292.01	18/03/15
-------	------	--------	----------

RESERVA DE DOMINIO

DATA  
4/10/2001

United Aircraft Corp.  
Detroit, Mich. 48201

2016

ESTRITO O SEU PALETE DO GRUPO DE PAT  
NUNCA MAIS INCOMUNICAÇÕES, LIGA NO VÍDEO  
O SEU TRABALHO DESENVOLVIMENTO DE 45

[www.dowfrigor.com.br](http://www.dowfrigor.com)

NO. 11600464595304

Expendido - Data Minuto -  
2016 22/03/2016

WA 020 243 343-93 FAX NXN9245

464595304	RECALL	MARCH / MODELO
HDNDA/POP 100		

AND MAIL  
2011  
09  
9C2HB0210CR002920

**PRÊMIO VARIANTE**

129.04	14.34	179.38
--------	-------	--------

4.15	1.11	292.01
FRAGMENTO		
DATA DE AQUISIÇÃO		
18/03/16		

☐ DATA UNICA ☐ MARCADO

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
- 14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03  
São Francisco - São Luis-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
Total			35 %	R\$ 4.725,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

NOME: JAINARA DA SILVA CORREIA

NACIONALIDADE: 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

NACIONALIDADE: 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 pericia 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



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

de Jainara da Silva  
Correia - da Silva

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

Simão Coelho Soares Junior  
Escrevente Substituto  
Cartório do 4º Ofício



## 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:** INVESTPREV 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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019  
Nome: Ellayne da Silva Costa  
CPF: 043.601.813-61

Ellayne da Silva Costa





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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14712068

Pag. 00099/00100 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

655.623.373-35

4 - Nome completo da vítima:

Jainara da Silva Correia

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

5 - Nome completo:

Jainara da Silva Correia

6 - CPF:

655.623.373-35

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua. Paiol do Centro

9 - Número:

35/06

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:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3606

CONTA:

95908

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Pimuen - MA 08 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019



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





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



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

NATURALIDADE PARNARAMA

SEXO: FEMININO

NASCIDO EM: 1/9/1997

RG/ÓRGÃO 049613802013-0-SSP/MA

NACIONAL:

FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

CPF: 61562337335

FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PROFISSÃO: LAVRADOR(A)

CEP: 65640-000

ENDEREÇO: POVOADO PAIOL DO CENTRO

NÚMERO: S/N

COMPLEMENT ZONA RURAL

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: PARNARAMA

Estado: MA

TELEFONE(S): (99) 3577-4040

RELATO DA OCORRÊNCIA:

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

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

REGISTRO B.O. PARA FINS DE DIREITO



Jainara da Silva Correia  
Comunicante

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

Kermya Walkmyra Lima Costa  
Registrante

Observações:

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

655.623.373-35

4 - Nome completo da vítima:

Jainara da Silva Correia

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

5 - Nome completo:

Jainara da Silva Correia

6 - CPF:

655.623.373-35

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Pav. Paol do Centro

9 - Número:

35/06

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:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3606

CONTA:

95908

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 0

São Francisco - São Luís-MA

40 - Local e Data:

Pimuen - MA 08 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: NELIZIMAR 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°

BAIRRO: POVOADO PAIOL DO CENTRO

CIDADE: PARNARAMA

TELEFONE:

UF: MA CEP: 65640000

**ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL**

QUEIXA PRINCIPAL:

ALERGIA:

*NAO*

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

ENCAMINHAMENTO: CLINICA MEDICA

Diabético ☐ Hipertenso ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. e Carimbo do Profissional

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

SINAIS VITAIS	PESO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PULSO	SAT. O2	HGT	GLICEMIA CAPILAR
	Kg	mmHg	°C	tpm	%	mg/dl	
	30	110		70	99		

**ANAMNESE**

*Prontidão física e mental. Atividade aumentada das últimas 3 semanas. M.T.D.*

**EXAMES FÍSICOS/HDA**

DIAGNÓSTICOS:

*Fratura fêmur*

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

*RX Coxa Femoral (AP/P)*

**PRESCRIÇÃO**

**ENFERMAGEM**

*cd: 1) Bexarmed 10mg + 10 EV 8/8h 24/30 (09:30)  
2) SFV 0.9% 250ml IV ± 30 (12:30)  
3) Bepanona 200 + 10 EV 6/6h 24/30 (02:30)*

OBSERVAÇÃO: (X) SIM ( ) NÃO

**SAÍDA/ALTA**

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

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

GUIA EMITIDA POR: bentosantos

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



# ADMISSÃO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

## Dados do Paciente

PACIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA  
CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO DATA NASC.: IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias  
NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA ESTADO CIVIL: CASADO(A) RAÇA/COR: PARDA  
OCUPAÇÃO: NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA  
TIPO DOC.: IDENTIDADE Nº DOC.: 049613802013-0 ESCOLARIDADE: N° CPF.: EMAIL:  
LOGRADOURO: PAIOL DO CENTRO  
BAIRRO: POVOADO PAIOL DO CENTRO CIDADE: PARNARAMA UF: MA CEP: 65640000

## Dados referentes a internação

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

## ANAMNESE

## EXAMES CLÍNICAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Ana Jansen, Nº 460 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





Nota Fiscal (Fatura de Energia Elétrica) Série B:  
 Nº da Fatura: 0201901001047997 001047997 | CDP: 5258/AA  
 Instalação: 2000058278



**Companhia Energética do Maranhão**  
 Alameda R. Qd SOS, nº 100, Loteamento Quintavieira,  
 Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900  
 Ins. Estadual: 126.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,  
 informe este número

Conta do Mês: 03/2019 Vencimento: 18/04/2019

Código de Verificação:  
**5800843350**

**Dados do cliente**  
**LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO**  
 PV PAIOR (CÉDULO) 15106  
 CENTRO 65610 000 PARABARANA - MA  
 Nr Parceiro de Negócios: 100006468/  
 Grupo e Subgrupo de Tensões: B/B1  
 Tipo de Tarifa: (CONVENIÊNCIA) SUBSÍDIA  
 Classificação: Residencial Plano  
 Perdas no Ramal (kWh): 0,00

CP: 016.499.823-62  
 Tensão Nom.: 220 V - 90  
 UR/Seq: PK2/0002-10000  
 Nr Medidor: 10140865929  
 Fator de Potência: 0,80

#### Datas

Emissão: 11/03/2019 Apresentação: 11/04/2019 Previsão próxima leitura: 11/04/2019

#### Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade /h	Tarifa	Valor
Consumo		0,646078	45,91
ICMS			10,94
PIS			0,70
COFINS			3,24
<b>Itens Financeiros</b>			
Cp-11m Pub-Prof-Punk			3,95
Multa			2,61
Juros			0,96

**Total a pagar: R\$58,31**

#### Informações de tributos

#### Reservado ao Fisco

Tributos: Base de cálculo Alíquota (%) Valor (R\$) 1858,1791,7440. 348,1484,8418,0189,7190

Valor do ICMS 10,94

CP	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR
000000	73	74	80	77	67	65	73	87	83	74	77	76	70		

#### Informações do consumo do mês + Tarifa sem tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dias	Resolução Anel
1,00	11/02/2019	11/03/2019	30	74 58/18
Consumo	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem tributos
Ativo Total	2.155	2.223	78	0,64602

#### Resumo de Vencimento

#### Informações para o Cliente

\* A CEMAR, em atendimento a Lei Federal nº 12.067 de 29/07/2009, declara quitada os débitos e relativos ao ano de 2018. \* Esclarecendo os débitos posteriormente aprovados, tais como os valores e decorrentes de consumo eventualmente não \* registrado ou revisões de faturamento aprovadas a \* mesmo período. Esta declaração substitui as declarações entregues \* nos anos anteriores.\*  
 Período: Sem. Tarif.: Verde: 12/02 - 13/03

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





AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-000  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
RUA MARIA CARLOS DA SILVA, 2527  
SAO BENEDITO  
65636-230 TIMON-MA

Referência

ABRIL /2019

Telefone

( 86 ) 3212-0215

Vencimento

25/06/2019

Total a pagar

R\$ 147,41

### Resumo da sua fatura



OI FIXO .....

R\$ 74,69  
74,69

OI FIXO  
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL  
SERVICOS DIGITAIS



OI VELOX .....

R\$ 72,72  
72,72

OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA  
ASSINATURA VELOX  
OI LEITURA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos  
celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55  
passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.  
Mais informações em [oi.com.br/9digito](http://oi.com.br/9digito).

CODIGO MINHA OI  
160800374461

RECEBIMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO  
14 AGO 2019  
Cadastrado em minha Oi e consulte  
saída, conta detalhada, histórico de  
consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0001-50 - INSC. ESTADUAL:  
19.300.251-5  
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-000  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
TELEFONE/CONTRATO: 32120215  
CONTA 04/2019 LOCAL 3150 DV 8

Genie Seguradora S/A  
C/O SUE  
Av. Ana Jensen, Nº 480 - 1º andar  
São Francisco - São Luis-MA  
CODIGO MINHA OI  
160800374461  
[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se  
Oi e consulte  
conta detalhada,  
histórico de  
e muito mais

84670000001-7 47410024030-5 22031500321-4 20215061904-9



FATURA N.: 0800027230209  
VENCIMENTO: 25/06/2019  
VALOR A PAGAR R\$ 147,41  
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 16080037

