

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIANA ROCHA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05803-3

CONTA: 00001000092-0

Nr. Autenticação

BRADESCO01022018050000000002370580300001000092253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180029450 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS COSTA MELO **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO (ADM EM 30°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do cotovelo devido a redução da força muscular e limitação da flexo-extensão (30 graus).

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12336073

A/C: DIANA ROCHA COSTA

Nº Sinistro: 3180029450
Vitima: MATHEUS COSTA MELO
Data do Acidente: 21/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DIANA ROCHA COSTA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005803-3

Conta: 000001000092-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MATHEUS COSTA MELO** Sinistro: **3180029450** Data: **21/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **LC GENIPAPEIRO, SN, DO CRUZ - RURAL - Miguel Alves - PI - CEP 64130-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /PI] 2711449**

Data local do exame: **[30/01/2018] Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO. VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO (ADM EM 30°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELAS ANATÔMICAS E FUNCIONAIS DO COTOVELO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
COTOVELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

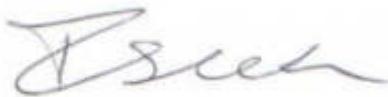
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Diana Rocha Costa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 2.711 449

CPF: 039.501.043-80

Profissão: Lavradora

Endereço: 1c. Genipapo do Cruz B Rural

CEP: 64.130.000

Telefone: (61) 494012688

00026-0	Documentos e/ou Ofícios DPVAT
[REDAÇÃO AUTOMÁTICA]	
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]	
11 JAN. 2018	

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Manguel

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade: 4.119.262

CPF: 840.173.173-91

Profissão: Recurso - me

Endereço: Rua 24 de Janeiro 500 centro norte

CEP: 64.000-235.0

Telefone: (61) 99401-2688

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 LÍDER 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 documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Matheus Costa Melo

CARTÓRIO ÚNICO
ÚNICO

Miguel Alves 18/12/2017

Local e data

Reconheço verdadeira(s) a(s) Firma(s)

Por autenticidade de

Diana Rocha Costa

De fôr. Em testemunha da verdade.

Miguel Alves-Pi. 18/12/2017

Miguel Alves-Pi. 18/12/2017

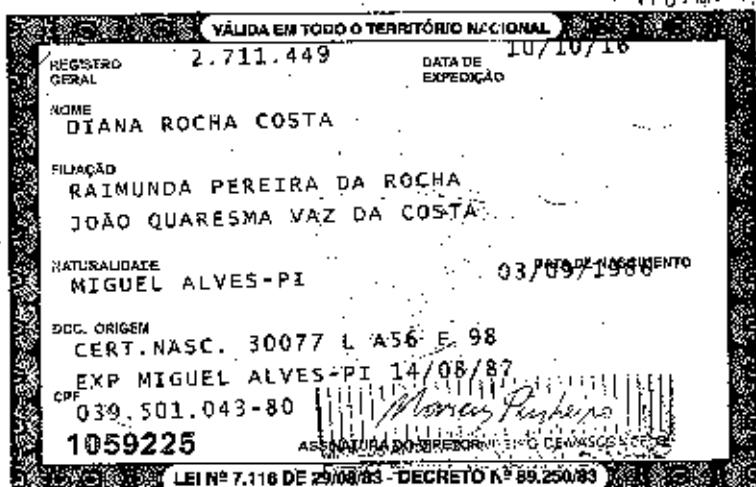
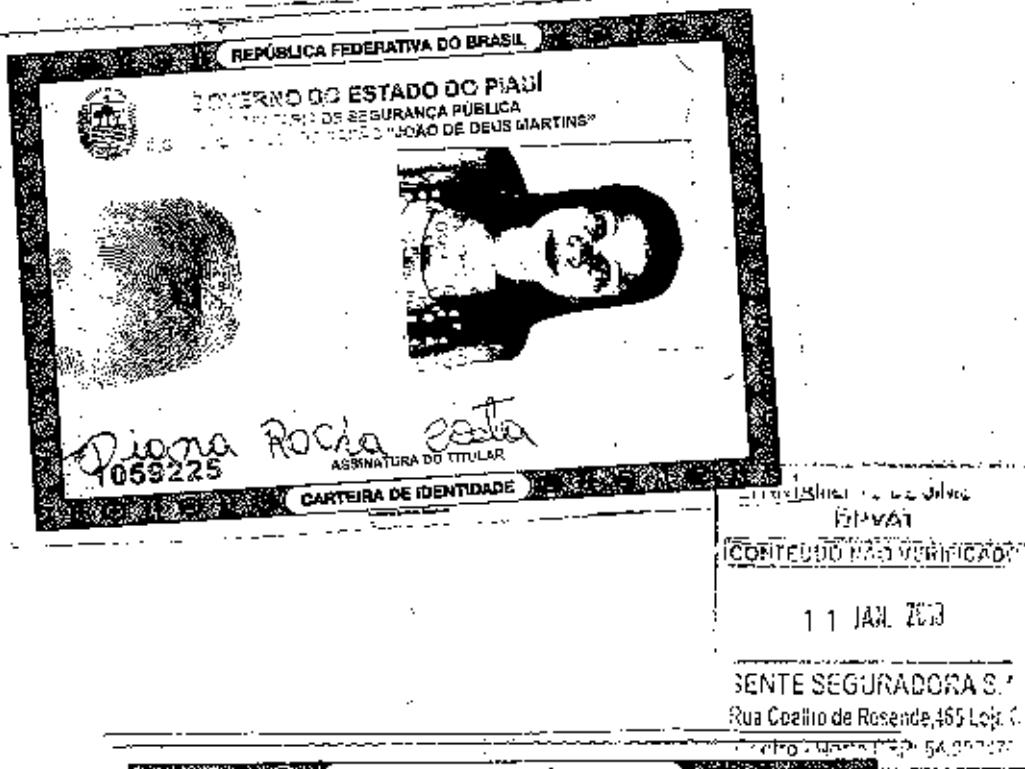
Júlio César de Castro Oliveira

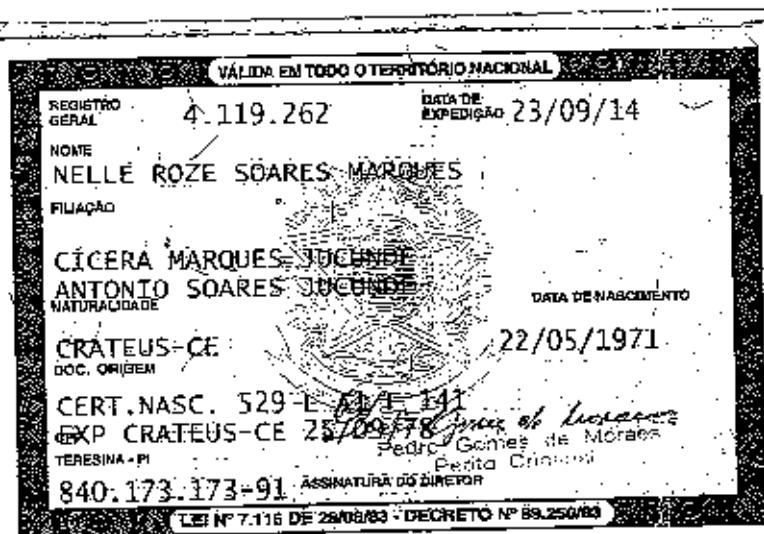
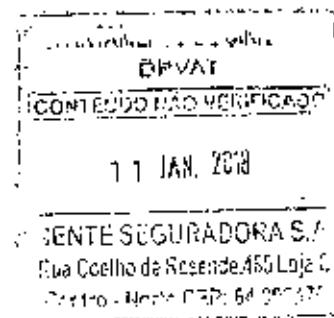
Tabelião Designado

Mat. 4138201

ÓFÍCIO ÚNICO
Rua São Pedro, 35 - Centro
CEP: 64.130-000









CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 38091704	Nº DA REGULAÇÃO: 4394
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: MATHEUS COSTA MELO	NASCIMENTO: 08/09/2005

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM TRAUMA EM COTOVELO E RX FRATURA SUPRA CONDILIANA DE UMEROS E NEUROVASCULAR DISTAE SEM ALTHD: FRATURA SUPRA CONDILIANA DE UMEROS E.

PROVAS DIAGNOSTICAS:

RX

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: **FREQ. CARDIACA:** **SATURAÇÃO:** **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: **100 mg/dL** NIVEL DE CONCIÉNCIA: **10** USO DE O2: **NONE**

USO DROGAS VASOATIVAS:

www.ijerph.org

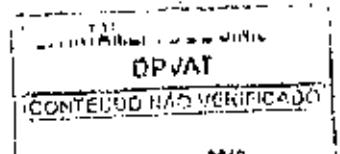
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 21/10/2017 11:58:41 **USUÁRIO:** GENTESEGURADORA S.A.
CONTEÚDO: NOVA VENTURA
DATA: 11 JAN 2018 **USUÁRIO:** GENTESEGURADORA S.A.
CONTEÚDO: NOVA VENTURA
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARMIMBO: Eric Coelho de Resende 45511-1

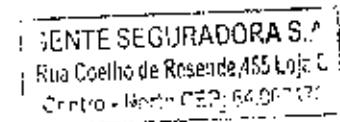


NOME DO PACIENTE: Netto, Conta, Nella

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 457578



11 JAN. 2018



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Rito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 21/10/2017 15:34:59

(User: HELENILSA)

(Sexta: ACC011)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MATHEUS COSTA MELO		Prontuário: 457578
Mic: DIANA ROCHA COSTA	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA ALONSO CARVALHO 4780 - PARCERIA JUREMA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Sexo: Masculino Fone: 98-82809-538	
Nascimento: 08/09/2005	Idade: 12a:1m:13d	CNS: 888002376268372
Responsável: O MESMO	Documento: CPF:	
Profissão: ESTUDANTE	E.Civil: Ignorado	
G. Instrução: Não informado		
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 631774	Data: 21/10/2017 15:27:10	Condução: AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: S. S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
		Profissional: Clas. Risco:	
Breve História: PCT VÍTIMA DE QEDA DE MOTO COM TRAUMA EM COTOVELO E EVIDENCIANDO FRATURA DE OMERÓ E		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA	
		CREF: 307566	
		Imp: 21/10/2017 15:34:08	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : :)	Anamnese: Pct. de queda de moto com trauma no cotovelo e ombro. Dor moderada no ombro e cotovelo, com edema, edema e hinchado. Pct. de ferida aberta e moderada. Sintomas preservados em MSE		
	Exame: Sintomas: dor moderada no cotovelo e ombro. Sintomas preservados em MSE		
	Diagnóstico: Fratura de ombro		
	Procedimento: COTOVELO NÃO VERIFICADO		
	Data: 21/10/2017		

PA: mmHg	P脉:	FC: bpm	CLÍNICA SEGUROADORA S.A.
			Tempo: 15:34:08
Diagnóstico Inicial:		MOTIVO: RACHA DE MOTO	
		CNPJ: 65.901.172/0001-00	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		3a Internação, indique o Procedimento e CID	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		3a Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / /		HORA: : :	Procedimento: 0408030385
			CID: 5424

Assinatura Paciente ou Responsável: Diana Rocha Costa		Assinatura - Profissional Médico: Marcos Vitor P. de Carvalho Filho	
		CRM-PI: 4792 TEOF 12501	
		Assinatura - Profissional Médico:	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Mathew Costa Melo IDADE 22 anos DATA 22/10/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA fract. avérno CIRURGIA Prud

SINAIS VITais	ADMISSÃO	HORÁRIO		SAÍDA
		INSCRIÇÃO	VERIFICAÇÃO	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	CONTEÚDO FATO VERIFICADO	<u>108</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100</u>		<u>100</u>	
TERMÔMETRICA AXILAR (°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA	<u>Danano</u>	SENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 405 Lote 6 Centro - Niterói - RJ - 24000-017		

ÍNDICE DE ALDRETTES KROJLIK		ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	E capaz de respirar corretamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Este lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2
	Desperta e se acorda	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR						TOTAL	07	08
	1	2	3	4	5	6			
ONDA VESICAL	1	2	3	4	5	6			
12hs	00	00	00	00	00	00			
24hs	00	00	00	00	00	00			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:	12:30: Admitido na sala em Pós de opht. avérno. Sonda. Espuma com 0000.		13:30: Alta da sala suspensa.		14:30: alta suspensa.	
	DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA
	02/10/14	12:30				

PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA		DATA		DATA	
	12:30	13:30	14:30	15:30	16:30	17:30

ENCAMINHAMENTO: EXTERNO SALA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS
 POSTO: 1 2 3 EMERGÊNCIA PED. UTI IPEO NEURO GERAL TOQUEM. CLÍNICA IPEO IORT NEU CIR IMED

ALTA SRPA 13:30h acordado e alertado, espirro e hemod estabilizou → saiu agressivo → alta suspensa. *Relevo*

HORÁRIO: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____ CRITIZ



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

MATHEUS COSTA MELO

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA - SÍNOSA CONDÍLARIA

Operação - Tipo

Cirurgião

André Lopes de Vasconcelos
Ortopedista / Cirurgia da Mão
CRM - PI: 4883
CET 16827 / CRM - PI: 4883

Dr. Bruno Freire

1º Assistente: Ortopedia-Traumatologia

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Rx: 3 fer K

Acidente Durante a Operação

DATA: 11/01/2010
Cidade: Teresina - PI
CRM: 4883
CONTEÚDO: NÃO VERIFICADO

11 JAN 2010

ENTE SEGURO/ADALDO: S.A.
Nome: Rua Coelho de Resende, 485 Lote 01
Cidade: Teresina - PI
CEP: 64000-320

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE GM. DDA. GR3 ANESTESIA GEM
- ② ASSESSIA, ANTISSÉPSIA + CANALOS + CEMATO
- ③ INCISÃO VIA POSTERIOR + ISOLAMENTO DO N. VAGAL
COM PENSOSE
- ④ (COLOCADA DES) PINS DE R. CINTADOS 2.0.
- ⑤ MÍROSCÓPIA + SUTURA + CAVATIVO + TAC

OBS: VISTO ALGUM VENHO E PRESERVADO

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE MATEUS COSTA MELO						Nº DE REGISTRO
DATA 22/10/13	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORÍO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)			APLICADO AS		EFEITOS	
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					Analg. Carl + Bloqueador
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	(A)		(B)		① Funil 100g ② Biberão 100g ③ Biberão 100g
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38				④ 38.5°C
P. ARTERIAL V					SEQUÊNCIA	
O PULSO					1. breve 2. longo 3. breve 4. longo 5. breve 6. longo 7. breve 8. longo 9. breve 10. longo 11. breve 12. longo 13. breve 14. longo 15. breve	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
DURAÇÃO 01						
TECNICAS B. Axila + Ax. Lateral						
INCIDENTE - ACIDENTE						
OPERAÇÕES Teste de humor - Des. Cíclura						
CIRURGIOS Dr. Sebeleg						
ANESTESISTAS Dr. Et. S. Amor						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N°

Proc. N°

Rubrica

DATA 22/10/17

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Mathias. C. Melo</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>657578</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		N° DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGÃO:		CPF N°:	<u>REUAT</u>
AUXILIAR:		CPF N°:	<u>CONTENDO NÃO VERIFICADO</u>
ANESTESIA:		CPF N°:	<u>11 JAN 2018</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Andréia Leal da Vasconcelos</u>	CPF N°:	<u>GENTE SEGURADORA S.A.</u>
	<u>Andréia Leal da Vasconcelos</u>		Rua Coelio de Resende, 465 Edifício Centro - Nogueira CEP: 64000-131

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA N° <u>8</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° <u>75</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>76</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>30</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>08</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>7-0 C2</u>		ENFERMARIA			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:	<u>Vonci</u>		
VICRYL							
PROLENE							

17.577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde N° 2510
Renascença III - CEP: 64.082-110
Teresina - PI

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>Matheus Costa Melo</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p><i>Paciente vítima de queda da própria altura com fratura no cotovelo ()</i></p> <p><i>Rx: Fratura nova condição de imuno ()</i></p> <p><i>Nevorinhas distal s/ alt</i></p> <p><i>HD: Fratura nova condição de imuno () fechada</i></p>	
<p><i>Dr. Antônio Nunes Martins Jr.</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>cras 32160 1000</i></p> <p><i>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo</i></p>	
FICHA DE RETORNO	
Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
<p><i>DATA: 11/10/11</i></p> <p><i>DR. PAI: ()</i></p> <p><i>CONTEÚDO DA CONSULTA: ()</i></p> <p><i>11 JAN 2013</i></p> <p><i>ENTE SEGUROADORA S.A.</i> <i>Rua Cecílio de Resende, 405 Loja 3</i> <i>Aracaju - Sergipe - CEP: 49010-037</i></p>	
Data <i>11/10/11</i>	<i>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo</i>

Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
<p><i>DATA: 11/10/11</i></p> <p><i>DR. PAI: ()</i></p> <p><i>CONTEÚDO DA CONSULTA: ()</i></p> <p><i>11 JAN 2013</i></p> <p><i>ENTE SEGUROADORA S.A.</i> <i>Rua Cecílio de Resende, 405 Loja 3</i> <i>Aracaju - Sergipe - CEP: 49010-037</i></p>	
Data <i>11/10/11</i>	<i>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo</i>



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

TIPO ATUAL E COMORBIDADES

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 31/10/17 HORA:

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatóloga Ortopedista
CRM-PI 10002 TEOF 12501

③ TESLA AND CINEMA AMANNA DR
ANDRE WYL

MÉDICO/CRM

12/10/17 09:30h PT
Consciente, orientado,
fisiológicos normales.
Bom humor.
Ag. cirurgia.
08:00h Enfermagem
C.C.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Documentos de identificação
0010

REGISTRO CIVIL

ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Miguel Alves

Município de Miguel Alves

Distrito de Miguel Alves

Maria do Socorro de Carvalho Alves

Oficial Titular do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 029v, do livro A -6 Proj. Cid, sob Nº de
Ordem 7055 foi lavrado o assento de nascimento de Matheus Costa Melo

xxx xxx xxx xxx xxx xxx,
do sexo masculino, nascido(a) no dia oito de setembro de dois
mil e cinco (08-09-2005) xx xxx xxx xxx xxx,
às 7:15 horas, em Miguel Alves-Piauí xxx xxx xxx,

filho(a) de Antônio Ramos de Melo xxx xxx xxx
e de Dona Diana Rechê Costa xxx xxx xxx,
sendo os avós paternos Isau Ferreira de Melo xxx xxx

e Dona Doralice Pereira Ramos xxx xxx xxx,
e avós maternos João Quaresma Vas da Costa xxx xxx xxx,
e Dona Raimunda Ferreira da Costa xxx xxx xxx.

O assento foi lavrado em 19 de setembro de 2005, tendo sido declarante
Antônio Ramos de Melo xxx xxx xxx e serviram

de testemunhas as constantes no termo xxx xxx xxx

Observações: Na filha de acordo com a lei em vigor xxx xxx xxx

<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>11 JAN 2010</u>
<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>09 JAN 2010</u>
<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>09 JAN 2010</u>
<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>09 JAN 2010</u>
<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>xxx</u>	<u>09 JAN 2010</u>

O referido é verdade e dou fé.

Miguel Alves, P.R. 19 de setembro de 2005

Q. A. /

Oficial



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100255.000772/2017-50

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rsp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 13/12/2017 - 14:25

DADOS DA OCORRÊNCIA:

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

415011

Data/Hora

21/10/2017 - 07:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PARQUE JUREMA

Endereço

RUA ALONSO CARVALHO, N°:

Complemento

Ponto de Referência

Nº 4780

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DIANA ROCHA COSTA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 2711449

Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA

Pai: JOÃO QUARESMA VAZ DA COSTA

Endereço: Povoado JENIPAPEIRA DO CRUZ S/N, N°

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: MIGUEL ALVES

Nome: MATHEUS OSTA MELO

Tipo Envolv.: VITIMA

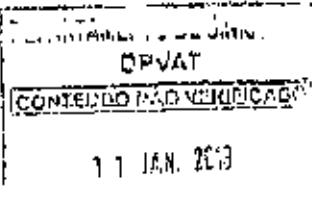
Mãe: DIANA ROCHA COSTA

Pai: ANTONIO RAMOS DE MELO

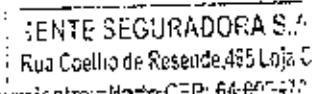
Endereço: Povoado JENIPAPEIRA DO CRUZ S/N, N°

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: MIGUEL ALVES



11 JAN. 2018



SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelio de Resende, 435 Loja 5
Centro - Nort - CEP: 64000-010

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E LOCAL ACIMA CIADOS, SEU FILHO MATHEUS (12 ANOS) ESTAVA SENDO TRANSPORTADO COMO PASSAGEIRO NA GARUPA DA MOTO HONDA/POP, COR PRETA, ANO 2012, PLACA DDY-9344, RENAVAM 464807263 DE PROPRIEDADE DE FRANCISCA RAMOS DE MELO RG 1.050.255 SSP-PI CPF 697841643-20 PROPRIETÁRIA E CONDUTORA DO VEÍCULO, E NAS PROXIMIDADES DO Nº 4780 DA RUA ALONSO CARVALHO BAIRRO PARQUE JUREMA, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, FICANDO O JOVEM MATHEUS LESIONADO DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO N° 457578 DO HUT, PARA ONDE O MESMO FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO POR TERCEIROS. FATO TESTEMUNHADO PELA SENHORA MARIA VALDECI DE OLIVEIRA ENDEREÇO RUA ALONSO CARVALHO Nº 4780 BAIRRO PARQUE JUREMA. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

Diana Rocha Costa
DIANA ROCHA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação





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

523 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000772/2017-50



11 JAN. 2013
CONTEUDO NAO VERIFICADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL
ESTADO DO PIAUÍ

001

REGISTRO CIVIL

ESTADO DO PIAUÍ

Comarca de Miguel Alves

Município de Miguel Alves

Distrito de Miguel Alves

Carla do Rosário da Cunha de Alves

cial Titular do Registro

Oficial Titular do Registro Civil

431
ESTAMPA E COPIAS
DINAT
CORTECIONAL VERIFICADO
11 JAN. 2010
SENTE SEGURADORAS S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Lt. 6C
Centro - Niterói - CEP: 24.000-170

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 029v, do livro A 6 Proj. Cid, sob Nº de
 Ordem 7055 foi lavrado o assento de nascimento de Matheus Costa Melo
XXX XXX XXX XXX XXX XXX,
 do sexo masculino, nascido(a) no dia oito de setembro de dois
mil e cinco (08-09-2005) XX XXX XXX XXX,
 às 7:15 horas, em Miguel Alves-Piauí XXX XXX XXX,
 filho(a) de Antonio Ramos de Melo XXX XXX XXX,
 e de Dona Diana Rechêa Costa XXX XXX XXX,
 sendo os avós paternos Issu Ferreira de Melo XXX XXX,
 e Dona Doralice Pereira Ramos XXX XXX XXX,
 e avós maternos João Quaresma Vaz da Costa XXX XXX XXX,
 e Dona Raimunda Pereira da Rocha XXX XXX XXX.
 O assento foi lavrado em 19 de setembro de 2005, tendo sido declarante
Antonio Ramos de Melo XXX XXX XXX e serviram
 de testemunhas as copartantes no termo XXX XXX XXX.
 Observações: Zeito de acordo com a lei em vigor XXX XXX

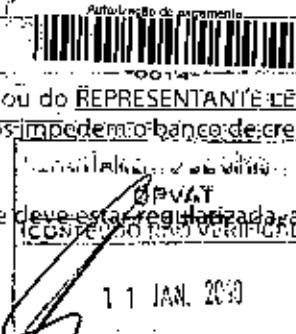
O referido é verdade e dou fé.

Miguel Alves (21), 19 de setembro de 2005

Bill
Official

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Autorização de pagamento


INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Cuidador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Matheus Costa Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Diana Rocha Costa	CPF titular da conta	Profissão Recepcionista
Endereço L.C. Genipapo/PI	Número	Complemento costa
Raíme Zona Rural	Estado PI	CPF 64.130.000
Email		Telefone (DDD)

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

FAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos a seguir. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (337) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:	AGÊNCIA Nº:	CONTA Nº:
5803	3 1000092 0		
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Nº:
AGÊNCIA Nº:	DV
CONTA Nº:	DV
(Inserir dígito se existir)	
(Inserir dígito se existir)	

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

 Teresina, 07 de janeiro de 18
 Local: Juiz

Diana Rocha Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

