

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: 11/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA REIS CUNHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000000028694-X

Nr. da Autenticação 33A6B793F81A56DB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170667361

Cidade: Lagoa do Sítio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AMANDA REIS CUNHA

Data do acidente: 08/09/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DIA 12/09/2017. ALTA HOSPITALAR DIA 13/09/2017.

APRESENTA DÉFICITS DE FLEXÃO (REALIZA 0-60), EXTENSÃO (REALIZA 0-10), ADUÇÃO (REALIZA 0-30), ABDUÇÃO (REALIZA 0-80), ROTAÇÃO INTERNA (REALIZA 0-30) E ROTAÇÃO EXTERNA (REALIZA 0-10) DE OMBRO DIREITO. EDEMA (2 / 3). DÉFICIT DE FORÇA GRAU 3.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/01/2018

Conduta mantida:

Observações: obs - NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO - RAO X CLAVÍCULA DIREITA (09/2017): FRATURA COMINUTIVA DA CLAVÍCULA

Médico examinador: LUANNA MOURA MOREIRA

CRM do médico: 4718

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170667361 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **AMANDA REIS CUNHA**
Endereço do(a) Examinado(a): **CJ RUA ZECA DE SOUSA nº 63 - URBANO - LAGOA DO SITIO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3137327 - SSP**
Data local do exame: **09/01/2018 PICOS/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 CLAVÍCULA DIREITA

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DIA 12/09/2017. ALTA HOSPITALAR DIA 13/09/2017.

APRESENTA DÉFICITS DE FLEXÃO (REALIZA 0-60), EXTENSÃO (REALIZA 0-10), ADUÇÃO (REALIZA 0-30), ABDUÇÃO (REALIZA 0-80), ROTAÇÃO INTERNA (REALIZA 0-30) E ROTAÇÃO EXTERNA (REALIZA 0-10) DE OMBRO DIREITO. EDEMA (2+/3+). DÉFICIT DE FORÇA GRAU 3.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE OMBRO DIREITO

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 ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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"

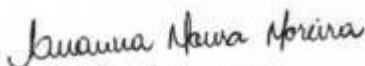
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO - RAIOS X CLAVÍCULA DIREITA (09/2017): FRATURA COMINUTIVA DA CLAVÍCULA.

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - PICOS, 09/01/2018

Médico Perito: LUANNA MOURA MOREIRA CRM:4718/PI


Dra. Luanna Moura
Médica
CRM - 4718

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CAOSIMO DE PESSOAS FISCAL

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CAOSIMO DE PESSOAS FISCAL

240293205-25

FRANCISCO DA SILVA CUNHA

09/01/68

ASSINATURA

10/1/68

RECEBUE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PRÉCISO GERAL	DATA DE Emissão
991.773	04/07/07
NOME	
FRANCISCO DA SILVA CUNHA	
FILIAÇÃO	
ANTONIA MARIA DA SILVA CUNHA	
ANTONIO DE SOUSA CUNHA	
NATURALIDADE	
VALENÇA DO PIAUÍ-PI	
DATA DE REGISTRAMENTO	
09/01/1968	
OUTRO ONCIN	
CERT. CASAM. 1536 L. SB F 217	
EXP VALENÇA DO PIAUÍ-PI 20/12/90	
CIN	
340.293.203-28	
KARLA LUIZ DO AMARAL	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

3. 8 DEZ 2017

DPVAT

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013029996084
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	DOD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00213626519		2017
NOME			
FRANCISCO DA SILVA CUNHA			

CPF / CNPJ			
34029320325		PLACA	
		NIP-7177	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
		9C2KD04209R501212	
ESPÉCIE TIPO		COMBUST. VEL.	
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO VED.	
HONDA/NXR150 BROS ES		2009 - 2009	
CAP. POT. OIL		CATEGORIA	
02P/D149CC		PARTICU	
COTA ÚNICA		VENO. COTA ÚNICA	
		1º	
FAIXA L.R.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
		2º	
		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
SEGURO PAGO		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
		DATA DO PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRICÇÕES			
LOCAL		DATA	
LAGOA DO SITIO		09/10/2017	

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

PI Nº 013029996084 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	09/10/2017
VIA	CPF / CNPJ
1	34029320325
RENAVAM	PLACA
00213626519	NIP-7177
ANO FAB.	MARCA / MODELO
2009	HONDA/NXR150 BROS ES
COTAS	Nº CHASSI
09	9C2KD04209R501212
PRÊMIO TARIFÁRIO	
R\$ R\$	DETRAN (R\$)
000,00	000,00
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
000,00	000,00
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA	13/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.808/0001-04

DUT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

18 DEZ 2017

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

AMANDA REIS CUNHA
ASSINATURA DO TITULAR

CANTEIRA DE IDENTIDADE

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
052.020.233-32

Nome
AMANDA REIS CUNHA

Nascimento
02/08/1992

Documentos de identificação



VALENÇA EM PIAUÍ - EXERCÍCIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.137.327 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/08

NOME
AMANDA REIS CUNHA

FILIAÇÃO
**MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA
FRANCISCO DA SILVA CUNHA**

DATA DE NASCIMENTO
02/08/1992

VALENÇA DO PIAUÍ-PI

CERT. NASC. 16137 L 18A F 293V
EXP VALENÇA DO PIAUÍ-PI 04/11/94

Perito Criminal

LEI Nº 7.118 DE 24/05/83

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Exatidão
JAN/2009

CORREIOS
www.correios.com.br

AG CORRETORA
DE SEGUROS

18 DEZ 2017

DPVAT

Atendimento: P0175340

Data: 08/09/2017

Funcionário: ELDER

Registro: 57906

Hora: 11:11:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

SUS

Senha 23

CPF: 052.020.233-32 - RG: 3137327 - SUS: 898002346686141

AMANDA REIS CUNHA

Nasc.: 02/08/1992 Idade: 25 ANOS, 1 MÊS, 6 DIAS Profissão: ESTUDANTE

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64308-00

End.: ZECA DE SOUSA, 63 -

Bairro: CENTRO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI

IBGE: 2205599 Cor: PARDA Mãe: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA

Pai: FRANCISCO DA SILVA CUNHA

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 6839 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

Responsável: AMANDA REIS CUNHA - O MESMO

295179

Procedimentos

08/09/2017 11:11 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉC

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA (SIC)

OBSERVAÇÃO

Documentação médico-hospita



SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

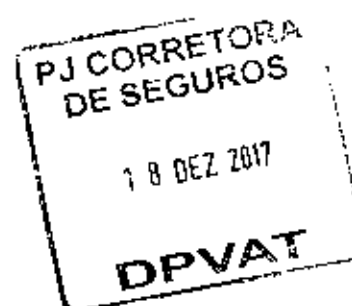
ALERGIAS

NAO

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

ENC. MÉDICO CLÍNICO



Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 295.179

Responsável: AMANDA REIS CUNHA

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
PRAÇA ANTONIO NEIVA,
BOMBA/PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: PD459321
Data: 08/09/2017
Funcionario: MERCES

Registro: 375553
Hora: 17:25:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 115

AMANDA REIS CUNHA

Nasc.: 02/08/1992 Idade: 25 ANOS, 1 MÊS, 6 DIAS Profissão:
End.: ZECA DE SOUSA, 63 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (89) 9998-18906 Mãe: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA

CPF: - RG: 3137327 - SUS: 898002346686141

Civil: CEP: 64308-000
Cidade: LAGOA DO SITIO/PI
Pal: FRANCISCO SA SILVA CUNHA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE VALENÇA DO PIAUI

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico: PCT vítima de acidente automobilístico
há 18h, com dor.

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Rx. fratura de clavícula.

Diagnóstico provável:

Rx clavícula D. PA

Prescrição Médica:

1) Fratura de Clavícula.
2) Rx em mãos.

JOSE LUIZ DE SOUSA JÚNIOR
Fisioterapeuta Médico
CRM: 17.000.000-1

Fratura clavícula D

CV: Intubação p. orofaríngea

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 17:35:44

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOBIILISTICO HA +/- 18 HORAS. REFERE DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA

Alergias: NÃO

Medicação Usual: NDN

PA: 130X70 mmHg

TAX: 09c

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NDN ENCAMINHAMENTO MEDICO

Conduta: AO CLINICO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Dor:

18 DEZ 2017

DPVAT

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Hora: 18:00

AMANDA REIS CUNHA
Paciente ou Responsável

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL
Enfermeiro Responsável

5953 - UBIRATAN MARTINS DOS SANTOS SEGUNDO
Médico Responsável

Nome: AMANDA REIS CUNHA

Requisitante: .

Data: 08/09/2017

Nº: 24372

EXAME: RX DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura cominutiva da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

18 DEZ 2017

DPVAT

SECRETORIA
DE SEGUROS
14-07-2017

SECRET

FORMULARIO DE REGULAÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Amanda Reis Cunha

DN 02 08 1992 IDADE 25a SEX

NOME DA MÃE

ENDEREÇO

CIDADE DE ORIGEM

RESPONSÁVEL

II - DADOS DO ENCAMINHAMENTO

DATA 08 / 09 / 2017

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Atualmente estável. Dor e mobilização do MSD.

DIAGNÓSTICO

Fratura Cominutiva de Clavícula Direita
Trauma por acidente motociclistico

EXAMES REALIZADOS

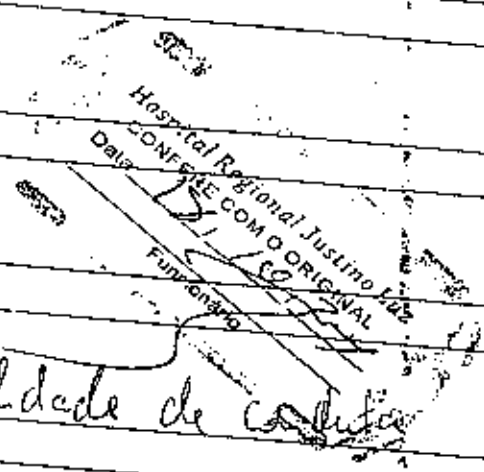
Rx de Clavícula Direita

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia e imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Referenciado para serviço com disponibilidade de consulta especializada (Ortopedia).



III - DADOS DA REGULAÇÃO/ENCAMINHAMENTO

SENHA: 7017.0308.31451

DATA DA SENHA: 08/09/17

HOSPITAL: Justino Luz

ESPECIALIDADE: Ortopedia

MOTORISTA:

IV - ASSINATURA DOS PROFISSIONAIS

	Enfermeiro (A) Enfermeiro COREN-PI 259.179
	Médico (A) Dr. Antônio de Pádua D. Marreiros Júnior Médico CRM-PI 6839

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBAZINHAS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0459321
Data: 08/09/2017
Funcionario: MERCES

Registro: 375553
Hora: 17:25:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 115

SUS

AMANDA REIS CUNHA

Nasc.: 02/08/1992 Idade: 25 ANOS, 1 MÊS, 6 DIAS Profissão:
End.: ZECA DE SOUSA, 63 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (89) 9998-18906 Mãe: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA

CPF: - RG: 3137327 - SUS: 898002346686141

Civil: CEP: 64308-000
Cidade: LAGOA DO SÍTIO/PI
Pai: FRANCISCO SÁ SILVA CUNHA

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE VALENÇA DO PIAUI

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico: *1ª vítima de acidente automobilístico há 18hs, com dor.*

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Rx. fratura de clavícula.

Diagnóstico provável:

Rx clavícula D/A

Prescrição Médica:

*1) Fratura de Clavícula.
2) Rx com med.*

*Dr. Lucas de Sousa Junior
End.: ZECA DE SOUSA, 63 - LAGOA DO SÍTIO/PI
CNPJ: 06.553.564/0102-81*

Fratura clavícula

CD: tratamento p/ cirurgia

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 17:35:41

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Q. A. / História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILÍSTICO HA +/- 18 HORAS. REFERE DOR EM REGIAO CLAVICULAR DIREITA

Al. as: NADA NELA

Medicação Usual: NDN

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0pc

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor: _____

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: *NDN encaminhamento médico*

Conduta: AO CLINICO

*122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL
Enfermeiro Responsável*

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Hora: *17:40:00*

AMANDA REIS CUNHA
Paciente ou Responsável

5953 - UBIRATAN MARTINS DOS SANTOS SEGUNDO
Médico Responsável

Atendimento	1044743
Data:	08/09/2017
Hora:	18:52

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
MÁIARA

BOLETIM DE ADMISSÃO

375553 - AMANDA REIS CUNHA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 02/08/1992 - Cor/Raça: 03-PARDA

25 ANOS, 1 MÊS, 6 DIAS

Clinica: CLINICO Enfermaria: 09- CLINICA MEDICA - F Leito: B09/43 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO MÉDIO COMPLETO Médico: 1700 - RAIMUNDO NONATO RODRIGUES DE MOURA

CPF: 052.020.233-32 RG: 3137327 CNS: 898002346686141 SIS Prenatal:

Endereço: ZECA DE SOUSA, Nº 63 - CEP: 64308-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2205599- LAGOA DO SÍTIO/PI Profissão: ESTUDANTE Telefone: (89) 9998-18906

Pai: FRANCISCO SA SILVA CUNHA Mãe: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA

Responsável: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA - (89) 9998-18906 - MAE

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

+48 Horas

+48 Horas

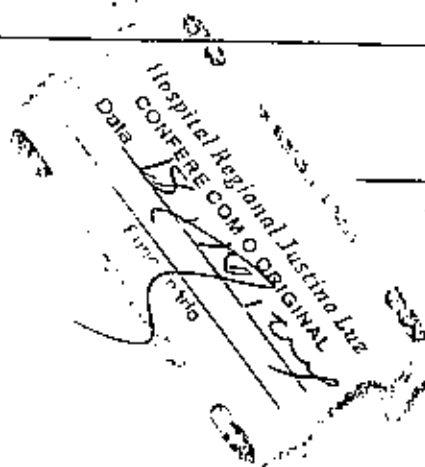
Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

RAIMUNDO NONATO RODRIGUES DE MOURA



[illegible]

Hospital Regional Justino José
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 12/05/2011
Funcionário: [Assinatura]

C.R.T.B. - 000077

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos-Pi

**REGISTROS DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

Amanda Reis Ceuba 12/09/17

CIRCULANTE <u>Rosmilde</u>	SALA Nº
ENTRADA NA SO <u>15:10</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>15:15</u>
SAÍDA DA SO	INÍCIO DA CIRURGIA <u>15:20</u>
CIRURGIA PROPOSTA:	TÉRMINO DA ANESTESIA
CIRURGIA REALIZADA <u>Fradia Clavícula</u>	TÉRMINO DA CIRURGIA
CIRURGIÃO <u>Dr. Flávio</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Rosmilde</u>
ASSISTENTES: 1º <u>Dr. Augusto</u>	INSTRUMENTADOR
CRM	CRM

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ☐ ELÉTRODOS ☐ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ OXIMETRIA DE PULSO ☐ PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>121 x 50</u> SATO <u>100%</u> FC <u>56 bpm</u>	
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA SATO FC	

TIPO DE ANESTESIA	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR ☐ GERAL COMBINADA (V+I) ☐ GERAL INALATÓRIA	☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL ☐ LOCAL ☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER ☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER ☐ SEDAÇÃO + LOCAL ☐ TOPICA
☒ BLOQUEIO - SEDAÇÃO ☐ BLOQUEIO AXILAR ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF	☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº ☐ OUTRAS

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	☒ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TRENOLEMBURG ☐ VENTRAL ☐ LITOTÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLER
---------------------------------	---

PREPARO DA PELE	☒ PVPI DEGERMANTE ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA ☐ ANTI-SÉPSIA ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO ☐ REALIZADA POR ☐ EQUIPE MÉDICA ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
------------------------	---

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	

☐ SONDA URETRAL Nº ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR UNID ☐ SNG Nº ☐ JELCO Nº
☐ SONDA FOLEY Nº ☐ LANCETA UNID ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº

GARROTEAMENTOS	☐ FAIXA DE SMARCH UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO mmHg ☐ NÃO SE APLICA ☐ LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA ☐ TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____
-----------------------	---

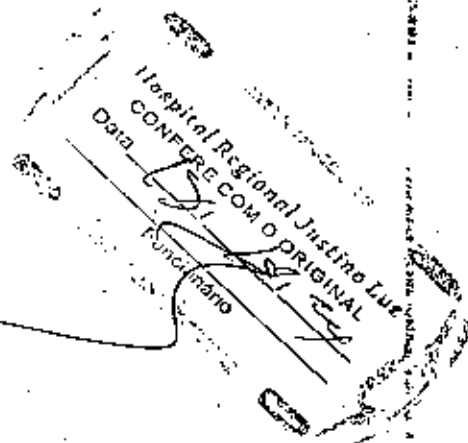
SERVIÇOS SOLICITADOS	☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ N DE FRASCOS _____ ☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA
-----------------------------	---

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA 12/09/17	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	02			ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML 10 ML	02/02			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML	02			ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	☐	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐	
ALGODÃO 40x12				ULTRASSON	☐	
ALGODÃO 3x3				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA	05					
PVP 100 0100 100	100/100					
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	04					
ATADURA COM CREPOM						
ATADURA GESSADA						
ATROPINA				USO DA SALA		
KETALAR				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
DIMORF				15:20		
NEOCAINA PESADA				OPERAÇÃO		
LIDOCAÍNA	02			CIRURGIÃO DR. Flávio		
PROPOFOL	01			AUXILIAR DR. Renato		
MIDAZOLAN	01			ANESTESISTA DR. Rômulo		
DIAZEPAN				TIPO DE ANESTESIA Fluoroscopia + Sedação		
TIOPENTAL				INSTRUMENTADOR		
EFORTIL	01			OCORRÊNCIAS		
DIPIRONA						
CEFAZOLINA 01g	02	15:20				
CLANTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE fac.	05					
ESPADRADO	60cm					
LÂMINA DE BISTURI N:2445	02					
LUVA ESTÉRIL	04					
LUVA DE PROCEDIMENTO	05					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ml	06					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						

MÉDICO: Renato
ENFERMEIRA(O): Suelany 137941
TÉC. ENFER: Rose



NOME: <u>Amadeu R.</u>		ALA	APTO	B9	LEITO	43	R. MET.
HD: <u>Ev. Obv. n. de</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA: 11/09/17		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		1. DIETA LIVRE 2. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS 3. Soro Fisiológico 1.000 mL a 0,9% EV 14 gotas/min 4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS 5. GEFALOTINA 1 G EV-DE 6/6 H 6. CCGG + SSVV 7. CAPTOPRIL 25 MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG 8. TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N 9. FISIOTERAPIA-MOTORA 10. GLEEXANE 40 MG SC 1X DIA					
		11. 18/09/17 12. 18/09/17 13. 18/09/17 14. 18/09/17 15. 18/09/17 16. 18/09/17 17. 18/09/17 18. 18/09/17 19. 18/09/17 20. 18/09/17 21. 18/09/17 22. 18/09/17 23. 18/09/17 24. 18/09/17 25. 18/09/17 26. 18/09/17 27. 18/09/17 28. 18/09/17 29. 18/09/17 30. 18/09/17 31. 18/09/17 32. 18/09/17 33. 18/09/17 34. 18/09/17 35. 18/09/17 36. 18/09/17 37. 18/09/17 38. 18/09/17 39. 18/09/17 40. 18/09/17 41. 18/09/17 42. 18/09/17 43. 18/09/17 44. 18/09/17 45. 18/09/17 46. 18/09/17 47. 18/09/17 48. 18/09/17 49. 18/09/17 50. 18/09/17 51. 18/09/17 52. 18/09/17 53. 18/09/17 54. 18/09/17 55. 18/09/17 56. 18/09/17 57. 18/09/17 58. 18/09/17 59. 18/09/17 60. 18/09/17 61. 18/09/17 62. 18/09/17 63. 18/09/17 64. 18/09/17 65. 18/09/17 66. 18/09/17 67. 18/09/17 68. 18/09/17 69. 18/09/17 70. 18/09/17 71. 18/09/17 72. 18/09/17 73. 18/09/17 74. 18/09/17 75. 18/09/17 76. 18/09/17 77. 18/09/17 78. 18/09/17 79. 18/09/17 80. 18/09/17 81. 18/09/17 82. 18/09/17 83. 18/09/17 84. 18/09/17 85. 18/09/17 86. 18/09/17 87. 18/09/17 88. 18/09/17 89. 18/09/17 90. 18/09/17 91. 18/09/17 92. 18/09/17 93. 18/09/17 94. 18/09/17 95. 18/09/17 96. 18/09/17 97. 18/09/17 98. 18/09/17 99. 18/09/17 100. 18/09/17					
		101. 18/09/17 102. 18/09/17 103. 18/09/17 104. 18/09/17 105. 18/09/17 106. 18/09/17 107. 18/09/17 108. 18/09/17 109. 18/09/17 110. 18/09/17 111. 18/09/17 112. 18/09/17 113. 18/09/17 114. 18/09/17 115. 18/09/17 116. 18/09/17 117. 18/09/17 118. 18/09/17 119. 18/09/17 120. 18/09/17 121. 18/09/17 122. 18/09/17 123. 18/09/17 124. 18/09/17 125. 18/09/17 126. 18/09/17 127. 18/09/17 128. 18/09/17 129. 18/09/17 130. 18/09/17 131. 18/09/17 132. 18/09/17 133. 18/09/17 134. 18/09/17 135. 18/09/17 136. 18/09/17 137. 18/09/17 138. 18/09/17 139. 18/09/17 140. 18/09/17 141. 18/09/17 142. 18/09/17 143. 18/09/17 144. 18/09/17 145. 18/09/17 146. 18/09/17 147. 18/09/17 148. 18/09/17 149. 18/09/17 150. 18/09/17 151. 18/09/17 152. 18/09/17 153. 18/09/17 154. 18/09/17 155. 18/09/17 156. 18/09/17 157. 18/09/17 158. 18/09/17 159. 18/09/17 160. 18/09/17 161. 18/09/17 162. 18/09/17 163. 18/09/17 164. 18/09/17 165. 18/09/17 166. 18/09/17 167. 18/09/17 168. 18/09/17 169. 18/09/17 170. 18/09/17 171. 18/09/17 172. 18/09/17 173. 18/09/17 174. 18/09/17 175. 18/09/17 176. 18/09/17 177. 18/09/17 178. 18/09/17 179. 18/09/17 180. 18/09/17 181. 18/09/17 182. 18/09/17 183. 18/09/17 184. 18/09/17 185. 18/09/17 186. 18/09/17 187. 18/09/17 188. 18/09/17 189. 18/09/17 190. 18/09/17 191. 18/09/17 192. 18/09/17 193. 18/09/17 194. 18/09/17 195. 18/09/17 196. 18/09/17 197. 18/09/17 198. 18/09/17 199. 18/09/17 200. 18/09/17					
		201. 18/09/17 202. 18/09/					

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.

B9-4-

[illegible]



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.

[illegible]



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 245831.000054/2017-76

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: José De Oliveira Araújo

Data/Hora: 11/11/2017 - 11:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LAGOA DO SÍTIO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO SÍTIO

Endereço

ESTRADA DE ACESSO LAGOA DO SÍTIO A LOCALIDADE BAIXAS DO NORONHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/07/2017 - 21:30

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

PROXIMO DA CIDADE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA REIS CUNHA

RG: 3137327 SSP/PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO REIS CUNHA

Pai: FRANCISCO DA SILVA CUNHA

Endereço: RUA ZECA DE SOUSA, Nº 63

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

Telefone(s): 89-9981-8906

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, BROS150

2009 NIP7177

9C2KD04209R501212

00213626519

Prata

Condutor: AMANDA REIS CUNHA

End: RUA ZECA DE SOUSA Número: 63 Complemento:

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL QUE DIA HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO CONDUZIA A REFERIDA MOTO QUE ESTA LICENCIADA EM NOME DE FRANCISCO DA SILVA CUNHA, PELA ESTRADA VICINAL ACESSO A BAIXA DO NORONHA QUE EM UMA CURVA UM POUCO FECHADA O PNEU DERRAPOU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SOLO, QUE EM CONSEQUÊNCIA DA QUEDA TEVE DUAS FRATURA NA CLAVÍCULA LADO DIREITO, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

José De Oliveira Araújo - Mat. 0091740
AGENTE DE POLÍCIA

AMANDA REIS CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado da Polícia

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

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 Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no 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 ASL

CPF da Vítima

052.020.233-32

Nome completo da vítima

AMANDA REIS CUNHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

AMANDA REIS CUNHA

CPF titular da conta

052.020.233-32

Profissão

Rural

Endereço

RUA ZECA DE SOUSA

Número

63

Complemento

CASA

Bairro

MORADIA PARA TODOS

Cidade

LAGOA DO S. LIO - PI

Estado

PIAUÍ

CEP

64308-000

Email

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO BRASIL

NRO

0.01

AGÊNCIA

NRO

2761

DIV

8

CONTA

NRO

28694

DIV

X

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

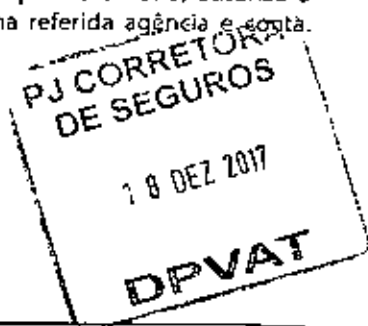
LAGOA DO S. LIO - PI 16 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

X Amanda Reis Cunha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12245986

A/C: AMANDA REIS CUNHA

Nº Sinistro: 3170667361
Vítima: AMANDA REIS CUNHA
Data do Acidente: 08/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO DA SILVA CUNHA

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: **AMANDA REIS CUNHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002761-8**

Conta: **0000028694-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

