

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

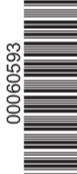
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data do Acidente: 24/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

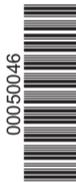
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276623 **Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**

Data do Acidente: 24/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: REGIANE MARIA MENDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Recebedor: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001957

Conta: 0000011532-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Liziane de Oliveira Leite</i>		CPE: <i>040715243-16</i>		
Profissão: <i>RECUSO</i>	Endereço: <i>Sítio BORR. VERMELHO</i>	Número: <i>SN</i>	Complemento: <i>OPRONDO</i>	
Bairro: <i>BORR. VERMELHO</i>	Cidade: <i>BARBACAL</i>	Estado: <i>CG</i>	CEP: <i>63180000</i>	
E-mail: <i>DESEGREZONPIPIREGUNL.COM</i>		Tel. (DDD): <i>88988707775</i>		

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

DAUTOS LAUDOS MÉDICOS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: *1957* CONTA: *1153-2* *9*
 (Informar o dígito se existir) CONTA: *1153-2* *9*
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) CONTA:
 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *BARRACAL-CE 27/03/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RODO
Liziane de Oliveira Leite

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a derrogação da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
15 ABR 2019

Assinatura: *Maria Gecineide F. Nobre*
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
Coletrora de Seguros Eireli
CNPJ 21.407.755/0001-06

Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro da ASL

319027 6623

CPF da vítima:

040715243-16

Nome completo da vítima:

Liziane de Oliveira Leite

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESOADA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo:

Liziane de Oliveira Leite

Profissão:

RECUSO

Endereço:

Sítio Barro Vermelho

Cidade:

Barro Vermelho PB/BR/16

Estado:

CE

CEP:

63180000

Telefone:

23167787375

E-mail:

DESEGURO DPVAT FAMILI-COM

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Insira só uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

159

CONTA: 11532

9

(Informar o dígito se exigir)

(Informar o dígito se exigir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se exigir)

(Informar o dígito se exigir)

Autorizo a Seguradora a ter a crédito 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.

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 da indenização do Seguro DPVAT ou 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 sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos! Falecidos! Vítima deixou herdeiro(s) falecido(s)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Liziane de Oliveira Leite

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Ricardo Maria Mendes Santos
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

IA | Nome: _____

CPF: _____

RECEBEMOS

Assinatura 23/ABR/2019

IA | Nome: _____

CPF: _____

Maria Genivaldo F. Nobre
Assinatura 23/ABR/2019
Cofre 21487-73/001-06

Assinatura CNPJ 21.487.73/001-06

(*) A vítima/beneficiário não autorizou a deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, em afronta de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe leitura do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Impresso n° 2019200848

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 805 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/03/2019 11:50:28**
Data / Hora da Ocorrência: **24/09/2017 19:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LEÃO SAMPAIO**
Complemento:

Bairro: Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência: **BARRO VERMELHO**
Noticiante(s)

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.481.738/0001-06

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Nascimento: 28/07/1989 CPF: 040.715.243-16

RG: 2005029116521 | Orgão Emissor: SSPDS | UF: CE

Filiacão: TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

ANTONIO JOSÉ LEITE

Endereço: SITIO BARRO VERMELHO

Bairro: **ZONA RURAL-BARRO VERMELHO**

CEP:63.180-000

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL** Telefone: (88) 98150-3297

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HXZ4104 Uf: CE Município: JUAZEIRO DO NORTE Chassi: 9C2JA04208R095056 Renavam: 968764452 Tipo do Veículo: MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES Ano Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Combustível: GASOLINA Cor: VERMELHA Proprietário: MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE ADVERTIDA NAS PENALIDADES DOS ARTS 340 E 342 DO CP QUE SOFREU ACIDENTE NO DIA E HORÁRIO MENCIONADOS; QUE NO DIA DO FATO ESTAVA RETORNANDO DE JUAZEIRO DO NORTE-CE PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE HAVIA AREIA NO LOCAL E POR ISSO AO FAZER A PASSAGEM COM O VEÍCULO ACABOU DERRAPANDO; QUE NESSE MOMENTO EM CONTRAMÃO VINHA UM VEÍCULO QUE ASCENDEU LUZ ALTA E POR ISSO A NOTICIANTE VEIO A CAIR NO CHÃO; QUE O VEÍCULO MENCIONADO CHEGOU A TOCAR NO VEÍCULO QUE A NOTICIANTE ESTAVA; QUE PELO IMPACTO ACABOU DESMAIANDO E SÓ SE RECORDA DO MOMENTO EM QUE CHEGOU AO HOSPITAL; QUE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL SÃO VICENTE EM BARBALHA-CE; QUE POSSUI CNH, QUE NÃO ESTAVA ALCOOLIZADA; QUE O VEÍCULO QUE SOFREU O ACIDENTE PLACA HXZ 4104 ENCONTRA-SE EM NOME DE SUA PRIMA MARIA THAIS SILVA DE OLIVEIRA, residente NA RUA LEONARDO DA SILVA FONTES , Nº688, FREI DAMIÃO JUAZEIRO DO NORTE-CE; QUE NESSE DIA ESTAVA NA CASA DE SUA PRIMA DONA DO VEÍCULO; QUE SUA PRIMA EMPRESTOU O VEÍCULO PARA QUE A NOTICIANTE RETORNASSE PARA SUA RESIDÊNCIA EM BARBALHA-CE; QUE EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE A NOTICIANTE SOFREU FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO, ESCORIACÕES E

Xhiziane de Oliveira Freire



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



Impresso nº 2019200848

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 805 / 2019

CORTE DO PÉ ESQUERDO QUE LEVOU 10 PONTOS; QUE APRESENTA OS DOCUMENTOS CABÍVEIS NESTA DELEGACIA; QUE REGISTRA A OCORRÊNCIA PRA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

AP
ANA PAULA GONÇALVES AVELINO - MAT.: 301119-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Christiane de Oliveira Beira

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.733/0001-06

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Liziane de Oliveira Leite</i>		CPE: <i>040715243-16</i>		
Profissão: <i>RECUSO</i>	Endereço: <i>Sítio BORR. VORMELHO</i>	Número: <i>SN</i>	Complemento: <i>OPRONDO</i>	
Bairro: <i>BORR. VORMELHO</i>	Cidade: <i>BARBACAL</i>	Estado: <i>CG</i>	CEP: <i>63180000</i>	
E-mail: <i>DESEGREZONPIPIREGUNL.COM</i>		Tel. (DDD): <i>88988707775</i>		

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

DAUTOS DA VÍTIMA/REPRESENTANTE

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: *1957* CONTA: *1153-2* *9*
 (Informar o dígito se existir) CONTA: *1153-2* *9*
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) CONTA:
 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *BARRACAL-CE 27/03/2019*
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Liziane de Oliveira Leite

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Liziane Morin Nunes dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a derrogação da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
15 ABR 2019

Assinatura *Maria Gecineide F. Nobre*
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.407.755/0001-06

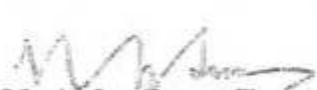
Assinatura



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ realizou atendimento pré-hospitalar a Sra. **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**, portadora do RG n.º 2005029116521, SSP-CE inscrita no CPF n.º 040.715.243-16, no dia 24/09/2017, às 19h51, no Município de Juazeiro do Norte/CE, na Avenida Leão Sampaio, Bairro Barro Vermelho, próximo a IBK, vítima de acidente de trânsito com motocicleta, sendo removida para o HSVP – Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo em Barbalha-CE. E para constar eu,  **Eliete Gomes Pereira Loiola**, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 11 de fevereiro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antônio Bezerra Rulim
Direção Médica Adm.
192 Base Juazeiro do Norte

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06

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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01957

CONTA: 000000011532-9

Nr. da Autenticação D9090C2EDB288708



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 565204629

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 180 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.436 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
MAR/2019Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco**Nº DO CLIENTE**
5406001 0**VENCIMENTO**
09/04/2019**TOTAL A PAGAR (R\$)**
312,63**DESCRÍÇÃO DA CONTA****DADOS DO CLIENTE**Rota 27 013013 01 0234000
Nome LAUZIDETE DE OLIVEIRA LEITE
Endereço PostalMedidor 12574728
Poste 0000 0End. da Unidade ST BARRO VERMELHO 00000 BARRO VERMELHO BARBALHA
Consumidora 63180000

RG / CPF / CNPJ 896.449.993-04 CGF

Classe B2 - 04-RURAL, TRIFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual () Leitura Anterior () Constante () Consumo (kWh) () Consumo Incl. () Consumo Faturado

706 0 1 706 0 706

Quantidade () Tarifa () Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

12/03/2019 09/04/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5150.79AE.B682.A800.976B.A103.D858.1C21

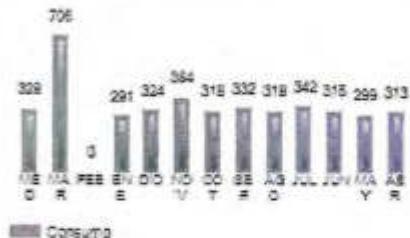
ICMSBase de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto
ISENTO**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO****OUTROS PAGAMENTOS**DOACAO FUNDACAO TERRA (85) 3296 - 3600
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT5,00
10,00
45,58**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 48,76

Conjunto CRATO

Mês JAN/ 2019

	Padrão Individual	Apuração Individual	
Mensal	Trim. Anual	Mensal	Trim. Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76 0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09 0,00
DMIC (h)	5,58		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 5406001-0 N° da Nota Fiscal: 565204629 Total a Pagar (R\$): 312,63
Data de Emissão: 30/03/2019 Referência: MAR/2019 N° de Controle:RECEBEMOS
15 ABR 2019

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eire
CNPJ:21.487.736/0001-1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, Regiane Maria Mendes dos Santos,

RG nº 200003410487740, data de expedição 18/10/2014,

Órgão SSP - CEARÁ, CPF nº 94459312387,

venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito - seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Bento Munizinho</u>
Número	<u>12</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Lindóia</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>CEARÁ</u>
CEP	<u>63101.00</u>
Tel. de contato	<u>88 996484208 - 88 988787375</u>
E-mail	<u>DESEGURODOPTE@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Juazeiro do Norte 01/04/2019

Regiane Maria Mendes dos Santos

Assinatura do Declarante

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobr
Corretora de Seguros Eir
CNPJ:21.447.736/0001-

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 7.613/98.

Pelo exposto, eu REGIANG MATIAS MONIZ DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044593123-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LIZIANG DE OLIVEIRA LEITE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040715243-16, do sinistro de DPVAT cobertura 040715243-16, da Vítima LIZIANG DE OLIVEIRA LEITE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040715243-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Ben Mocinha</u>		<u>12</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Humaitá</u>	<u>JURUÍZO DO NORTE</u>	<u>CE</u>	<u>63400,00</u>

Email: DESEGUROBANDEONL.COM Telefone comercial (DDD): 85 988287395 Telefone celular (DDD): 85 996484208

RECEBEMOS
Local e Data: JURUÍZO DO NORTE 04 de 04 de 2019 15 ABR 2019

Rigiane Mônica Alenóias dos Santos
Assinatura do Declarante

Maria Gacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, Maria Thais Silva de Oliveira,

RG nº 20070046439, data de expedição 23/11/2011,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 06558183323,

com domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Leonardo da Silva Fontes, nº 688,

complemento Frei Domão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Liziane de Oliveira Leite, cujo o condutor era

Liziane de Oliveira Leite.

Veículo: Moto Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2008

Placa: HXZ4104 Chassi: 9CA2JAB04205R095056

Data do Acidente: 24/09/2017

Local e Data: Juazeiro do Norte, 27/03/2019

RECEBEMOS

1º OFÍCIO

Maria Thais Silva de Oliveira

Assinatura do Declarante

Liziane de Oliveira Leite

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

15 ABR 2019

Maria Gecinete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.407.739/0001-06

1º Ofício de Notas e Registro Civil de Juazeiro do Norte - CE

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA THAIS
SILVA DE OLIVEIRA, FEITO P/CR Maxwell Pariz Xavier, DOU F.º. Juazeiro
do Norte-CE, 27/03/2019

TEM 2/29 [SE: D: 18] [SE: 1,10] [A: 0,14] [T: 0,14] [S: 0,05] [TT: 4,41]

VALIDO SOMENTE COM SEU DE LAUTENTICIDADE

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

Nº CN 178798 PBJV



24/09/2017

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Dados do Paciente

Nome : LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Sexo : FEMININO

Data Nascimento: 28/07/1989

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Bairro : AREA RURAL

CEP : 63180000

SENHA :

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :DBAMV
ISILVA

Paciente : 220965

Atendimento

3101370

Número : 0

Dados do Atendimento

Data : 24/09/2017 Hora : 20:24:50

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Idade: 28 Anos / 1 Mês / 27 Dias

Cidade : BARBALHA

Telefone : 889601 3421

Profissão Declaraada : ESTUDANTE

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 : ~~Disco de mela~~
~~Disco de mela + fento~~
~~Disco de mela + fento, lentura, n~~
~~Disco de mela + fento, n~~
~~Disco de mela + fento, n~~

Procedimento

 Imagem : Laboratório : Outros :~~Breve E (Ae pto)~~

Conduta

~~Disco de mela + fento~~
~~Disco de mela + fento, n~~
~~Disco de mela + fento, n~~
~~Disco de mela + fento, n~~
~~Disco de mela + fento, n~~

Banda Pronta Pato Branco

Assinatura do Paciente ou Responsável



CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)

CRM

C3773

AUTENTICACAO
A presente cópia concorda com
o original assinado em Notas.
Data: 08/09/2019/CE
Local: Barbalha/CE

08/09/2019

Marcelino Maciel Torres - Titular
Ayla Maria de Souza Torres - Substituta
Mayara de Souza Torres Lacerda - Escrevente
Francisco Salvinho de Lavor - Escrevente
NÃO SÓMENTE COM O SELO DE AUTENTICACAO



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Radiologia - HMSCP

Atendimento: 3101370

Paciente.....: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Solicitante....: CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVR)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 783091

Idade.....: 28a 3m 0d

Atendido.....: 24/09/2017

Laudo.....: 24/09/2017

BRAÇO EM AP E PERFIL

- Fratura completa desalinhada no terço distal do úmero

Dra. Evelin Santana
CRM-CE 11.000

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.738/0001-06

Av. Cel. João Coelho, 299 (PABX) (0xx88) 3532-7100 - Cep 63.180-000 - Barbalha - Ceará - Brasil
E-mail: hmsvp@ol.com.br



24/09/2017

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :DBAMV
ISILVA

Nome : LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Paciente : 220965

Atendimento



3101370

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Sexo : FEMININO Data Nascimento: 28/07/1989

Idade: 28 Anos / 1 Mês / 27 Dias

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Bairro : AREA RURAL

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone : 889601 3421

Número : 0

Profissão Declarada : ESTUDANTE

Dados do Atendimento

Data : 24/09/2017 Hora : 20:24:50

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Erek
CNPJ:21.487.733/0001-06

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10:

*Suspento de sangue + Fimbra de sangue +
Suspento de sangue + Fimbra de sangue +
Suspento de sangue + Fimbra de sangue +*

Procedimento

 Imagem : Laboratório : Outros :

Bx Bxg E (Ap gelado)

Conduta

*Remover de - Insuflável de sangue 30.6
Insuflável de sangue + 1000 ml de sangue S 1,2267
Limpeza + Sustentação + Enxertia*

Assinatura do Paciente ou Responsável

CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)

CRM

C3773



17/10/2017

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

6-4

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Nome: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Paciente: 220965

Atendimento
3121397

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 28/07/1989

Idade: 28 Anos / 2 Meses / 19 Dias

Nome da Mãe: TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Nome do Pai: ANTONIO JOSE LEITE

Endereço: SITIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180000

Telefone: 996013421

Dados do Atendimento

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Data: 17/10/2017 Hora: 09:44:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 3116763

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 6-4

Assinatura do Paciente ou Responsável

RECEBEMOS

História da doença atual:

15-ABR-2019

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

Antecedentes:

I.S.:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Alta em: 17/10/2017

Condições de Alta:

Dr. Césario Muriro da Silva
Ortopedista Traumatologista
CRM: 63.180.000
CBO: 002CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Data de Emissão 17/10/2017

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Usuário do Cadastro : DBAMV

Nome : LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Unidade : BLOCO I

Leito : APTO 6-4

Paciente : 220965

Identidade : 2005029116521

CPF : 04071524316

Nome da Mãe : TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Dados do Responsável

Nome : VERA LUCIA DUARTE

Parentesco : PRIMO (A)

Fone : 996013421

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

Atendimento



312139

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

- a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tanto como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.
- b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma Instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorados.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

- a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.
- b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.
- c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável de sua doença.
- d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;
- e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.
- f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.
- g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.
- h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a Instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da incapacidade:

- a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

- b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.
- c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.
- d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

- a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.
- b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.
- c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;
- d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais:

- a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.
- b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE, ____ / ____ / ____

PAC. OU RESP.: Vera Lucia Duarte

Data da Alta: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacinete F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 88859
Paciente: 220965
Unidade Atend.: 1
Tel.: 102
Dt. inicio: 17/10/2017 13:35
Unidade Atend.: 9301
Dt. Fim: 17/10/2017 15:40
n Pos-Operatório:

Sala: 004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
SUS - INTERNACAO
APTO 6-4
Especialidade: 9301
Especialidade: 9301
Caneira:
Idade: 28 Anos 25 Dias 7 Horas

Procedimentos

Pr. Atendimento: 0406020703
Unidade: 9301
Anestesia: 23
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DO PLEXO BRACIAL

Equipe Médica

CIRURGIA: C6002 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
ANESTESISTA: C9238 FRANCISCO DAS CHAGAS LUMA DANTAS (HMSVP)

Descrição

Descrição Cirúrgica

- HEMI-NEURO-10 DORSAL
- SEPARAÇÃO ANTISEPSIA
- APOIO/SEPARAÇÃO DE CAMPUS
- ABORDAGEM LATERAL SUS BRAÇO ESQUERDO
- DISSECCÃO POR PLANOS COM ISOLAMENTO CUIDADOSO DO NERVO RADIAL EVITANDO TRAÇÃO
- HEMOSTASIA RIGOROSA
- ABORDAGEM DA FRATURA
- REMOÇÃO DO FOCO DE RETIRADA DE FIBROSE
- FIXAÇÃO E FIXAÇÃO COM P-ACA DCP ESTREITA DE 07 FUROS
- CICATRIZ
- FECHAMENTO POR PLANOS
- CICATRIZ

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*DR/CASSIO MURILO DA SILVA
DR/FRANCISCO DAS CHAGAS LUMA DANTAS
17/10/2017
22:36:45*

DR/A: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM: C6002

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE		ATENDIMENTO: 3121397
Admissão no centro cirúrgico		
DATA: 17/04/17	HORÁRIO: h	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> outro
Prótese dentária: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim		Adornos: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Jejum: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim: desde as h		Roupa íntima: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Procedimento Realizado: FRATURA DE PATELICA (ESQ.)		
Evolução na Sala-Operatória		
Punção venosa: <input checked="" type="checkbox"/> veia periférica JELCO N°: 18 <input type="checkbox"/> A.V.C <input type="checkbox"/> dissecação venosa LOCAL: M - S - D		
Posição para cirurgia: <input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Litotomica <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> D. Ventral <input type="checkbox"/> D. Lateral D/E		
Sonda Vesical: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Tipo: <input type="checkbox"/> demora <input type="checkbox"/> alívio Número: Presença diurese: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim		
Placa Bisturi: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim Local: Panturrilha D/E <input type="checkbox"/> dorso ombro D/E <input type="checkbox"/> coxa D/E		
Anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio Qual: Ph EXO <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local		
HEMOTRANSFUSÃO <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim C.H. <input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/>		
Tubos: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim Tipo: <input type="checkbox"/> Tórax D/E <input type="checkbox"/> tubular/laminar <input type="checkbox"/> penrose <input type="checkbox"/> Kher <input type="checkbox"/> succção <input type="checkbox"/> outros		
COMPRESSAS OFERECIDAS: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim:
GRANDES:	PEQUENAS:	GRANDES: PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: h	TÉRMINO: h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA DOSE HORÁRIO
1- CEFAZOLINA	20	76
2- ONDANESTETICA	11	4-716
3- OXAPLETASONA	11	10226
4- HIDROCARB 123MG	11	12026
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
HGT		
Encaminhado peça para exame: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim: qual:		
INTERCORRÊNCIAS:		
Alta da sala operatória as: h Destino: <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI AD. <input type="checkbox"/> UTINEO <input type="checkbox"/> UTIPED <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Necrotério		
ALENIO CIRCULANTE DA SALA - ASS.JCOREN	EDWALDO INSTRUMENTADOR - ASS.JCOREN	RECEBEMOS
Recuperação Pós - Anestésico - RPA		
Admissão: nível consciência: <input type="checkbox"/> acordado <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> acorda quando chama <input type="checkbox"/> dormindo <input type="checkbox"/> TOT		
Querixas: <input type="checkbox"/> sem querixas		
Respiração: <input type="checkbox"/> ndn <input type="checkbox"/> com necessidade de suplementação O ₂		
Local cirúrgico: <input type="checkbox"/> ndn <input type="checkbox"/> alterado		
SNG: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim SNE: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim Sonda Vesical Demora: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim		
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim Qual: <input type="checkbox"/> uso O ₂ l/min		
ESTOMA: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim: ASPECTO:		

15 ABR 2019

Maria Cecília F. I.
Cortesia da Seguro
CNPJ: 21.407.733/0



**BOLETIM
ANESTÉSICO**

REGISTRO

(SUS)

ATENDIMENTO

3121397

Paciente **LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE**Idade **28** Sexo **Female** Peso (kg) **54 kg** Altura (cm) **171** Data **17.10.17**Diagnóstico Pós-Operatório **FRATURA EM ÚMERO (E)**

Medicamentos em Uso

ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

Temperatura (°C) **37,5** PA (mmHg) **113x80** FC (bpm) **90** FR (pm) **20** SpO₂ (amb, %) **98**Alergias **nefar**

Complicações em Anestesias Anteriores

Jejun	ASA	Mallampati	Estremamento	Tremor/taquicardia
sim	I	I	<input checked="" type="checkbox"/> > 10cm <input type="checkbox"/> < 10cm	<input type="checkbox"/> > 5cm <input checked="" type="checkbox"/> < 5cm
Extensão Atlantooccipital	Interincisivos	Dentição		
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> > 3cm <input type="checkbox"/> < 3cm	<input type="checkbox"/> Bom estado <input type="checkbox"/> Protese		
ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC	ENDÓCRINO / MET / RENAL
<input type="checkbox"/> Estado Geral Ruim	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica instável	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado e orientado	<input type="checkbox"/> Diabético
<input type="checkbox"/> Estado Geral Precário	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Hipertireóideo
<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	<input type="checkbox"/> Hipotireóideo
<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar	<input type="checkbox"/> Trauma Crânioencefálico	<input type="checkbox"/> Gestação
<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Uso de antiagregantes pqt	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Liquorréia	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Descolorado	<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Roncos e estertores	<input type="checkbox"/> Otorragia	<input type="checkbox"/> Atraso menstrual
<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Revascularização prévia	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> IRA
	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana	<input type="checkbox"/> IRC
	<input type="checkbox"/> Insuficiência coronariana	<input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Déficit motor localizado	<input type="checkbox"/> Hematúria
	<input type="checkbox"/> Valvopatia	<input type="checkbox"/> Pneumotórax / Hemotórax	<input type="checkbox"/> AVE prévio	<input type="checkbox"/> ITU
	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Convulsão / epilepsia	

EXAMES COMPLEMENTARES

Hb	Hb	Pqt	Glicemia	Creatinina	Ureia
Na	K	Cl	Mg	Ca	TP

RX Tórax

verte montarânia

RECEBEMOS

ECG

15 ABR 2019

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Maria Gecimide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.451.739/0001-05

ANESTESIA PROPOSTA

Bloqueio do plexo braquial (E)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- 1 Síntese do úmero (E)
- 2
- 3
- 4

ANESTESIOLOGISTA

J. M. G. B. S.

17-2-17

CIRURGÃO PRINCIPAL

Dr. Geraldo M. M. B.

17-2-17

PRIMEIRO AUXILIAR

Dr. Bernardo

17-2-17



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3121397 Cliente: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Idade: 22 ASA: I Data: 17-10-17

Clinica: Bloco I Quarto: 6-4 Categoria: JUS

Cirurgião: Dr. Cassio Mafito

Diagnóstico: _____

Procedimento realizado: SINTSE DE UMBIGO (RECEBEMOS)

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.735/0001-06

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

RESP. PREPARO:

DATA ESTERILIZAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

DATA DO USO:

HORA:

S.O.

CIRURGIÃO:

OBS:

INTEGRADOR

55.937

6X-915-mm. TRAUMABONG-EE
LOTE = 0410101623 LUCAS



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CEL. JOÃO COISHO, 239 FONE: (011) 3532 7100
CNPJ: 08.284.505/0001-11

Entrada: 13:20 caixa: 500 CIRURGIA
Saída: 15:55 CUSTO DE SALA

Atend: 31213375
Pac.: 220965

15 ABR 2018

RECEBEMOS

NOME DO PACIENTE: LIZIANE DE OLIVEIRA BRITO		CONVENIO: 505						
MATERIAL	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT	SOLUÇÕES	UNID	QUANT
Aqua Oxigenada	ML		Gorro Descartável	UNID	06	Água Destilada	tubo	
Aguilha Descartável 25x8	UNID	03	Intracath	UNID		Água Destilada	tubo	
Aguilha Descartável 10x12	UNID	02	Irrigoplâs (Equipo 4 vias)	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Aguilha Pendural (Perílix)	UNID		Lâmina p/ Enxerto	UNID		Soro Fisiológico	tubo	
Aguilha p/ Enxerto	UNID		Lâmina bisturi	UNID	01	(N.23)	Clorexidine Alcoólica	ml
Aguilha Stimuloplex	UNID	01	Ligaclip (Clip de Vídeo)	UNID		Clorexidine Degermanante	ml	20
Álcool Etílico	ML	30	Luvas Descartáveis	PAR	01/25-01/25-03	Eter	ml	
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola	02	Luvas Procedimentos	UNID	10	Formol 10%	ml	
Algodão Ortopédico	UNID		Máscara Descartável	UNID	05	Povidone Iodo	ml	20
Arruela de Monit/Eletrodo	UNID	06	Perfusor Set	UNID		Vaseline Líquida/Pomada	ml/grama	
Atadura de Crepon	UNID	03 (10cm)	Plester	UNID		Xylocalina Spray	Gram	
Atadura Cessada	UNID		Placa de Bisturi Descartável	UNID	01	Xylocalina Geleia	Gram	
Bolsa de colostomia	UNID		Propósito/Boias Descartáveis	UNID	06	FIOS CIRURGICOS	UNID	QUANT
Cápsula Endotraqueal	UNID		Scalp	UNID		Calgut (Simples/Cromado)	UNID	
Cápsula Endotraqueal	UNID		Seringa Perifix	PAR		Etililon (Nylon Duplo)	UNID	
Cateter Duplo J	UNID		Seringa Descartável 1ml	UNID		Policot	UNID	
Cateter p/ Oxigênio	UNID	01	Seringa Descartável 3ml	UNID		Policot	UNID	
Cateter Jelco	UNID	01	Seringa Descartável 5ml	UNID		Proleno	UNID	
Cateter Peritoneal	UNID		Seringa Descartável 10ml	UNID	02	Proleno	UNID	
Cateter Duplo/Mono Lumen	UNID		Seringa Descartável 20ml	UNID	02+01	PDS II	UNID	
Copa de Vida	UNID		Seringa Descartável 60ml	UNID		Mononylon 3.0	UNID	01+01 1.010
Caneleira de Bisturi Descartável	UNID		Sonda Gástrica	UNID		Monocat	UNID	
Compreensa Cirúrgica Pequena	UNID		Sonda p/ Gastrostomia	UNID		Vicryl 3 P6/18	UNID	01
Compreensa Cirúrgica Grande	UNID	10	Sonda Uretral	UNID			UNID	
Colonete / Colonoide	UNID		Sonda Naso-enteral	UNID		APARELHOS/G. MEDICINAIS	UNID	QUANT
Cord Clamp	UNID		Sonda Foley 2 vias	UNID		Aparelho p/ Stimuloplex	USO	06
Coletor de Urina Simples	UNID		Sonda Foley 3 vias	UNID		Ap. Videolaparoscópico	USO	
Coletor Urina S. Fechado	UNID		Surgicel	UNID		Aspirador Cirúrgico	USO	
Curativo IV-FIX	UNID	01	Transfuso bomba de infusão	UNID		Bomba Infusão/ Seringa	USO	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID		Transfix	UNID		Bergão Aqueridão	USO	
Dreno de Tórax	UNID		Traqueostomo	UNID		Bisturi elétrico	USO	06
Dreno Succión / Penrose	UNID	01/01 (5-2)	Tree-way / Dupla via	UNID		Capnógrafo	USO	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01	PLACA CID-15-mm CST=07	UNID		Int. de Imagem/ Arco Cirurg.	USO	
Equipo p/ Sangue	UNID		PARAF. CORT. 4,5-mm = 06	UNID		Monitor Multiparamétrico	min	06
Espadrapo	CM		(TRAUMA BUNN)	UNID		Gas Carbonico	min	
Espadrapo Micropore	CM	50		UNID		Ar Compundido - Vman	min	
Escova Descartável	UNID	05		UNID		Oxigênio - Vman	04	
Gazes 7,5x7,5	UNID	60		UNID		Oxido Nitroso - Vman		
Geofoam	UNID			UNID				

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIAO (A): D. MURILLO	ANESTESISTA: D. CLODOALDO	CIRCULANTE: ALBERTO
1º AUXILIAR: D. GERALDO (VIT)	PEDIATRA:	BERÇARISTA:
2º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR (A): C. DVALDO	TEC. RADIOLÓGIA:

Márcia Gecimida F. Nobre
Márcia Gecimida F. Nobre
Carteira de Seguros Eneil
CNPJ: 14.671.738/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3121397
220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Paciente.....:
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Pedido...: 787555
Idade.....: 28a 3m 1d

Atendido.: 17/10/2017
Laudado.: 17/10/2017

BRAÇO ESQUERDO

- Exame para controle de tratamento cirúrgico.

Dra. Eveline Santana
CRM-CE 17228

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

17/10/2017
13:40:37
CMURILO

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Atendimento: 03121397

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
6-4

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

paciente no po imediato de osteossíntese em úmero

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gedneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.733/0001-06





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

17/10/2017
17:30:02
JLIMA

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 6-4

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

17/10/2017

13:40h-Encaminhada á S.O em maca para intervenção cirurgica,segue prontuário completo.

Cicera Gerhild Farias de Sousa-COREN-05369789

Cicera Gerhild Farias

16:10h,cliente retorna da So em p.o.i,de correção de fratura de úmero E ,mantém o mesmo enfaixado e com uso de dreno suotor,em uso de AVP e,em venoclise segue os cuidados,aguarda Rx de controle com PA =110x70mmhg, t = 35.7ºc.

José Orlando
José Orlando
745.577 COREN.

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

18/10/2017
05:37:21
JSSANTOS

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

17/10/2017

20:00 evolui bem ,em repouso no leito segue sob cuidados,matem curativo e DH .
PA110/70MMHG T36.5°C.

~~Excluído~~ Salvo-----Josicleide silva COREN 852465

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.407.738/0001-06



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____

Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, Isaura Souza Souza

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Para as cirurgias **NEUROLOGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmei que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível:

Assinatura: Isaura Souza Souza

RECEBEMOS

Grau de Parentesco:

RG:

15 ABR 2019

Testemunha 1:

RG:

Testemunha 2:

RG:

Baralha, ____ / ____ / ____ Hora: ____ :

Maria Cecília F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.457.735/0001-06

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico:

Assinatura:

CRM:

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade N° _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Baralha, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Assinatura: _____



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



PACIENTE: Loiziane de Oliveira Soete

LEITO: 6-4P ATENDIMENTO: 3121397 IDADE: 28 CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: Exat. urinário

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: _____ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

ALERGIAS: Negar

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUINÉAS? (Superior a 500 ml)

SIM NÃO

RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL- C H Quantos? _____ PLASMA -Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO Diureta _____

JEJUM A PARTIR DAS 06:00 HS do DIA 17/10/17

RESERVA DE VAGA EM UTI DATA: ___/___/___ VAGA EM SETOR DATA: ___/___/___

COMORBIDADES: HIPERTENSO DIABÉTICO TOSSE FEBRE NEOPLASIAS

OUTRAS _____

TABAGISTA FERIDAS/ INFECÇÕES DE PELE- Local _____

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS TRICOTOMIA

SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? Negar

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: ECG RX DE TÓRAX USG ECO

PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) Baixo Risco USG DOPPLER

OUTROS AT

HEMOGRAMA: HB: 11,70 HT: 34,50 LEUCÓCITOS: 9.700 PLAQUETAS: 346

TAP: TEMPO: _____ ATIVIDADE: _____ INR: _____

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacimundo F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.736/0001-06

ACESSO VENOSO: AVP AVC JELCO Nº: _____ MEMBRO: _____ NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 110x80 PULSO: _____ TEMP: 36°C FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: INTERNAMENTO + AIH EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: Geraldo Soete

COREN _____ ENFERMEIRO TEC DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: Slenu



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Radioiogia - HMSVP

Atendimento: 3101370
Paciente.....: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Solicitante...: CARLOS PEDRO G DE ALENCAR (HMSVP)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 783091
Idade.....: 28a 3m 0d
Atendido....: 24/09/2017
Laudo.....: 24/09/2017

BRAÇO EM AP E PERFIL

- Fratura completa desalinhada no terço distal do úmero.

Dra. Evelina Santana
CRM-CE 00000000000000000000

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacinhaide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.407.735/0001-06



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eliziane de Oliveira Leite

2 - CNES

2564211

4 - CNES

2564211

6 - N° DO FRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIA/COR

Mac

11

Fem.

3

12 - FONE DE CONTA

DDD

13

14 - FONE DE CONTA

DDD

15

ABR 2019

16 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

20 - UF

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

RECEBEMOS

15 APR 2019

Maria Gecinida F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ 21.467.738/0001-06

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Placa C10 - 4,5 mm - EST - OFF

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafuso cortical

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39-QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*o Paciente submetido a cirurgia, necessita de acompanhante
o Fratura necessita de material, placa e parafusos.*

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

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

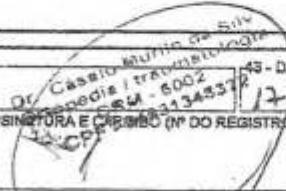
() CNS

() CPF

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/10/2017

45 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - CÓD. ORGÃO EMISOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

L. A.



HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão: 17/10/2017

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

usuário do Caastrto

DBAMV

Paciente: 220965

Idade: 28 Anos / 2 Meses / 19 Dias

Nome do Paciente: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Data Nascimento: 28/07/1989

Sexo: FEMININO Estado Civil: SOLTEIRO

Religião:

Profissão: ESTUDANTE

Naturalidade: BARBALHA

Endereço: SITIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Bairro: AREA RURAL

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180000

Telefone: 996013421

Identidade: 2005029116521

CPF: 04071524316

CNS: 705405447589292

Nome da Mãe: TERESINHA DE OLIVEIRA LEITE

Nome do Pai: ANTONIO JOSE LEITE

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados do Responsável

Nome: VERA LUCIA DUARTE

Parentesco: PRIMO (A)

Fone: 996013421

Endereço: SITIO BARRO VERMELHO

Número: 0

Complemento:

CEP: 63180000

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Número: 3121397



Data: 17/10/2017 Hora: 09:44:45

Origem: INTERNACAO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação: BLOCO I

Leito: APTO 6-4

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM -C6002 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF: 34631348372

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Carteira:

Guia:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: APARTAMENTO SIMPLES

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID: S423 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Procedimento principal: 0408020393

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Local de Procedência:

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacelide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.487.739/0001-05

Paciente/Responsável



Paciente: 002209651 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO 1, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

19/10/17

08H, CLIENTE MANTÉM MSE ENFAIXADO ELEVADO EM TRÓIA, D.II, AVP,
SEGUE SOB CUIDADOS.

PA=110X70MMHg

T=36,4°C

14H, RETIRADO AVP, DRENO SUÇÃO DEIXADO COBERTURA SECA NO
LOCAL, LIBERADO CLIENTE PARA ALTA HOSPITALAR INDO PARA CASA
APOS CHEGADA DE TRANSPORTE.


LIZIANE SANTOS 558190

RECEBEMOS
15 ABR 2019

Maria Gecinide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ:21.477.738/0001-06

PREScrição.: 1683127 DATA: 19/10/2017 12:00
usuário...: JV10101
MUNICÍPIO: 2201207 - RJ Nascimento 09/07/1999 (28A GM 329)
CONVÉNIO...: SUS - INTERNAÇÃO
PACIENTE.: 220965 - LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPORA:
INTERNACÃO.: 17/10/2017 09:44 2 DIAS(S) INT

卷之三

Rubrica do
MÉDICO

2121397

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

Qtd. Unidade SN API Frequência Data Horários
Agora [15/10] 12

PROCEDIMENTO DE ALTA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

freqüência: Data Horários
gora [15/10] - 

CRM - 1004
PROSPECTACOM
CRM: 000000



Paciente: 002209651 AZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIÓ MURILO DA SILVA (HMSVP) Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
6-4

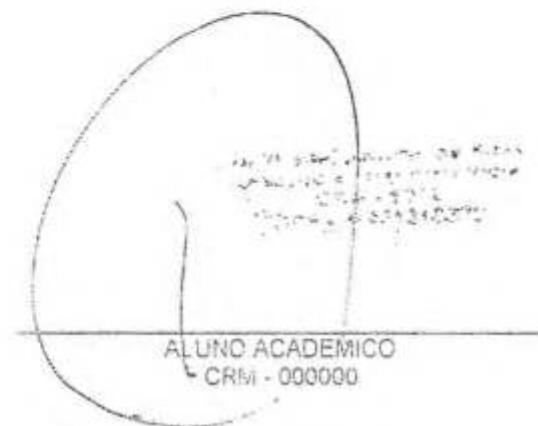
Evolução Médica

2º DPO de osteossíntese em úmero esquerdo com placa e parafusos

Paciente evolui estável no pós-operatório, consciente e orientada, sem queixas de dor e exame físico neurológico do membro operado preservado.

AT:

1. Retirar dreno suotor
2. Alta médica





Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Evolução do Enfermeiro

18/10/2017

17:10:27

CMMACEDO

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 6-4

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 18/10/2017

Cliente em 1º DPO de correção de fratura de úmero esquerdo. Evolui consciente, orientada, eupnéica, afebril e normotensa. Possui AVP em MSD. Segue com enfaixamento em MSE e dreno hemovac sob tipóia. Dieta via oral com boa aceitação. Diurese espontânea. Deambula com ajuda. Pele livre de LP. Sono vigília preservados. Realizou RX de controle.

Aplicou afacito

CLARA MELINE DE SA BARRETO G MACEDO
COREN - 257963



Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

18/10/17

#22h, cliente, sem queixas no momento, mantém M.S.E enfaixado elevado em tipóia com dreno incisional, sob cuidados da Enfermagem, medicada conforme prescrição médica, PA=100/60mmHg T=37,3°C

19/10/17

#05h, dormiu bem sem queixas no momento.

maria Iolanda Maria Iolanda Viana COREN 940918



Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE
Atendimento: 03121397
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 6-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

18/10/17

08H, CLIENTE EM 1ºDPO, MANTÉM MSE ENFAIXADO ELEVADO EM
TIPÓIA, DH, AVP PARA MEDICAÇÕES PRESCRITAS, AFERIDO SSVV, SEGUE SOB
CUIDADOS. PA=100/70MMHG
T=35.0°C

Getuliana Peixoto ----- GETULIANA PEIXOTO COREN 852419

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	18/10/2017
Evolução Médicos	08:15:20 JVLUNA

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA
LEITE

Atendimento: 03121397

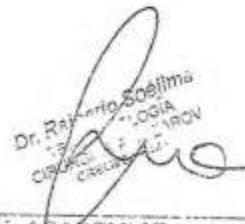
Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
6-4
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

1º DPO de osteossíntese em úmero esquerdo com placa e parafusos

Paciente evolui estável no pós-operatório, consciente e orientada, sem queixas de dor e exame físico neurológico do membro operado preservado.

- 3/1:
 1. Aumento suporte clínico
 2. Alta amanhã



ALUNO ACADEMICO
CRM 000000



Evolução do Enfermeiro

17/10/2017

17:46:11

CMMACEDO

Paciente: 00220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Atendimento: 03121397

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 6-4

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 17/10/2017

Cliente admitida neste setor para tratamento cirúrgico de fratura de úmero esquerdo. Chega consciente, orientada, eupnéica, afebril e normotensa. Realizado chek-list pré-operatório, exames anexados ao prontuário. Cliente veio com tala gessada em MSE. Dieta zero para cirurgia. Aguarda chamado do CC.

13:40h - Cliente encaminhada a SO

16:10h - Retorna da SO com AVP em MSD, FO em MSE com enfaixamento e dreno hemovac. Pele livre de LP. Aguarda RX de controle. Sem queixas no momento.

CLARA MELVINE DE SA SARRETO G MACEDO
COREN - 257963

Atendimento: 3121397

Dt Atendimento: 17/10/2017 09:44

Dt Alta: 19/10/2017 - 08:50

Paciente: 220965 LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 102 APTO 6-4 Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: JV LUNA

CID: S423 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Procedimento de Alta: J400C20393 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

Descrição de Alta:
2º DPO DE OSTEOSINTSE EM UMERO ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS

PACIENTE

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE E ORIENTADA, SEM QUEIXAS DE DOR E EXAME FÍSICO NEUROLÓGICO DO MEMBRO
DIREITO PRÓ SERVADO

PACIENTE RECEBE ALTA COM REMÉDIOS DE USO DOMICILIAR, ORIENTAÇÕES SOBRE CUIDADO COM MEMBRO OPERADO E
ORIENTAÇÕES SOBRE RETORNO

Dr. Cassio Muriro da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM - 6002
CPF - 94031340372
Dr. (e) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM: C6002



HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

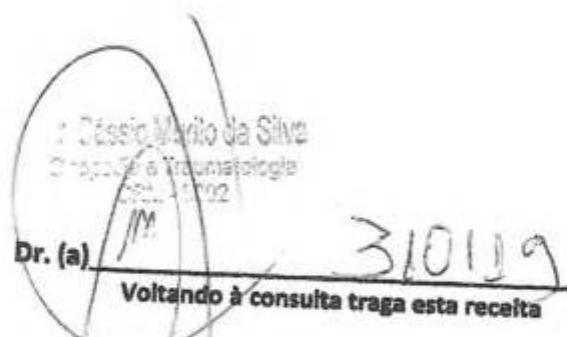
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Liziane Oliveira Lopes
Nº doc. _____

ALVOD

Traçado: vítima de acidente

De motociclet (sic). Sofreu
fratura ms(E) (úmero). Foi
tratado com placa e parafuso.
Realizou sessões de reabilitação
motriz e está hoje definitivo-
mente do alto do tratamento



• 50.474



RECEBEMOS

15 ABR 2019

Maria Gacineide F. Nobre
Carteira de Seguros Eireli
CNPJ 21 467 735/0001-06



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO **físico:** COTOVELO ESQUERDO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM COTOVELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190276623

Nome do(a) Examinado(a): LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BARRO VERMELHO , SN -
BARBALHA/CE - CEP 63180-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2005029116521 - SSPCE -
20/06/2018

Data e Local do Acidente : 24/09/2017 - BARBALHA - CE

Data e Local do Exame : 10/05/2019 RUA MANOEL CASSIMIRO, 34b -
JUAZEIRO DO NORTE/CE - CEP 63024-550

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

RELATA DOR EM COTOVELO ESQUERDO AO MOBILIZA-LO E AO
SEGURAR OBJETOS PESADOS

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTE OSSÍNTESE E FISIOTERAPIA.
ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-
EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO COTOVELO ESQUEURDO
DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
COTOVELO ESQUERDO

VII. Segundo 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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal
COTOVELO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



RENNAN DE ALMEIDA SILVA CRM : 12076 / UF :CE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO **físico:** COTOVELO ESQUERDO DEVIDO A BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA DESDE FEVEREIRO DE 2019

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM COTOVELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM COTOVELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,6 @29 SINISTRO OCORRIDO EM 24/09/2017.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276623 **Cidade:** Barbalha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Liziane de Oliveira Leite, brasileiro(a), estado civil: sóteira
 Profissão: estudante, portador(a) do RG 2005029116521, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 040 715 243-16, residente no(a) sítio Burro Vermelho
 nº 514, bairro: Zona Rural, município: Roubalha 1. CE

OUTORGADO:

Nome: Regiane Maria Mendes dos Santos, brasileiro(a), estado civil: Casada
 Profissão: Recepcionista, portador(a) do RG 2000034048740, órgão expedidor SSP
 e do CPF: 944.993.123-87, residente no(a) Rua Antonino Soárez Lindim
 nº 364, bairro: Faz. Planalto, município: Juazeiro do Norte 1. CE

PODERES: - pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Liziane de Oliveira Leite
 CPF 040 715 243-16 data do acidente: 24/09/17 Cobertura: _____

Local e data: Roubalha-CE, 27 Março 2019.

Liziane de O. Leite

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____

RECEBEMOS

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ Assinatura: _____
 CPF: _____
 _____ Maria Gacelide F. N.

15 ABR 2019

Assinatura: _____
 TESTEMUNHAS
 2º Nome: _____
 CPF: _____
 _____ CNPJ: 21.487.735/0001-00

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127943/19

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

CPF: 040.715.243-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2017

Titular do CPF: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

REGIANE MARIA MENDES : 944.593.123-87

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

LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE : 040.715.243-16

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 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: 15/04/2019
Nome: REGIANE MARIA MENDES
CPF: 944.593.123-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

REGIANE MARIA MENDES

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127943/19

Número do Sinistro: 3190276623

Vítima: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

CPF: 040.715.243-16

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2017

Titular do CPF: LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

LIZIANE DE OLIVEIRA LEITE : 040.715.243-16

Autorização de pagamento

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 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: 23/04/2019
Nome: REGIANE MARIA MENDES
CPF: 944.593.123-87

REGIANE MARIA MENDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE