

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661832 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.22/23/24_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661832 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.22/23/24_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Reinaldo Sousa Santos
RG: 3-653-204 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 064.710.263-31
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: montador
Endereço: LC. Recanto da Palmeria Nº 51N
Bairro: Iona Rural Cep: 64-260-000 Cidade/UF: Brasilândia - PI
Telefone: (86) 99815-0212 () ()

OUTORGADO:

Nome: Angelina de Brito Silva
RG: 2-415-411 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 017.761.783-78
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira Profissão: advogada
Endereço: Rua Antonino Freire Nº 235
Bairro: Colibri Cep: 64-240-000 Cidade/UF: Piripiri - PI
Telefone: (86) 99965-2962 () ()

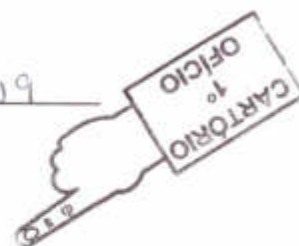
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Reinaldo Sousa Santos

CPF: 064.710.263-31 Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Piripiri, 15 de outubro de 2019
Local e data



Reinaldo Sousa Santos
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO JONATAS MELO
Tabelionato de Notas de Piripiri-PI – Tabelião Público – Avenida Adelson Alves Ferreira, 75 – Centro – Piripiri/PI – Cep 64260-000
M.: (86) 3276-4101 – Fax (86) 3276-4102 – E-mail: cartorio1piripiri@tbnacional.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE REINALDO SOUSA SANTOS.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 17/10/2019.
Selo: AAK58476-49UB www.tjpi.jus.br/portalextra.

JONATAS MELO-TABELIAO
Valor: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 – OP: 98
DECLARAÇÃO

Jônatas Melo
Tabelião Público
Cartório do 1º Ofício - Jônatas M.
Piripiri - PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Reinaldo Sousa Santos
RG: 3-653-204 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 064.710.263-31
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: montador
Endereço: LC. Recanto da Palmeria Nº 51N
Bairro: Iona Rural Cep: 64-260-000 Cidade/UF: Brasilândia - PI
Telefone: (86) 99815-0212 () ()

OUTORGADO:

Nome: Angelina de Brito Silva
RG: 2-415-411 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 017.761.783-78
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira Profissão: advogada
Endereço: Rua Antonino Freire Nº 235
Bairro: Colônia Cep: 64-240-000 Cidade/UF: Piripiri - PI
Telefone: (86) 99965-2962 () ()

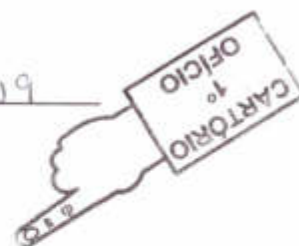
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Reinaldo Sousa Santos

CPF: 064.710.263-31 Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Piripiri, 15 de outubro de 2019
Local e data



Reinaldo Sousa Santos
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO JONATAS MELO
Tabelionato de Notas de Piripiri-PI – Tabelião Público – Avenida Adelson Alves Ferreira, 75 – Centro – Piripiri/PI – Cep 64260-000
M.: (86) 3276-4101 – Fax (86) 3276-4102 – E-mail: cartorio1piripiri@tjpi.jus.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE REINALDO SOUSA SANTOS.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 17/10/2019.
Selo: AAK58476-49UB www.tjpi.jus.br/portalextra.

JONATAS MELO-TABELIAO
Valor: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 – OP: 98
DECLARAÇÃO

Jônatas Melo
Tabelião Público
Cartório do 1º Ofício - Jônatas M.
Piripiri - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419483/19

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

CPF: 064.710.263-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: REINALDO SOUSA SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANGELINA DE BRITO SILVA : 017.761.783-78

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

REINALDO SOUSA SANTOS : 064.710.263-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: ANGELINA DE BRITO SILVA
CPF: 017.761.783-78

ANGELINA DE BRITO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371511/19

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

CPF: 064.710.263-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: REINALDO SOUSA SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANGELINA DE BRITO SILVA : 017.761.783-78

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

REINALDO SOUSA SANTOS : 064.710.263-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ANGELINA DE BRITO SILVA
CPF: 017.761.783-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ANGELINA DE BRITO SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661832

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELINA DE BRITO SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REINALDO SOUSA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Investprev Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661832

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELINA DE BRITO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REINALDO SOUSA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REINALDO SOUSA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000699

Conta: 0000080212-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
064.710.263-33 REINALDO SOUSA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL TÍTULAR SUPLENTE Nº 445/2012

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS 6 - CPF: 064.710.263-33
7 - Profissão: MONTADOR 8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: IONA RURAL
11 - Bairro: Iona Rural 12 - Cidade: BRASILEIRA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.260-000
15 - E-mail: angelina1235ag@gmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 999 652962

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 ☒ DADOS BANCÁRIOS ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco ☒ Itaú ☐ Banco do Brasil ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0699 CONTA: 00026043 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(neta) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PIRACURAMA, 15 de outubro de 2019

Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

Angelina de Brito Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
064.710.263-33 REINALDO SOUSA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL TÍTULAR SUPLENTE Nº 445/2012

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS 6 - CPF: 064.710.263-33
7 - Profissão: MONTADOR 8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: IONA RURAL
11 - Bairro: Iona Rural 12 - Cidade: BRASILEIRA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.260-000
15 - E-mail: angelina1235ag@gmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 999 652962

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 ☒ DADOS BANCÁRIOS ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco [237] ☐ Itaú [341] Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil [001] ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0699 CONTA: 00026043 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(neta) menor? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PIRACURAMA, 15 de outubro de 2019

Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

Angelina de Brito Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000078/2019-30

Unidade de Registro: 6ª DRPC - PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Deusdedit Freitas Filho

Data/Hora: 20/09/2019 - 10:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BRASILEIRA

Data/Hora

10/08/2019 - 22:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE CARAÚBAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: REINALDO SOUSA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3651204 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUSA

Pai: EDSON DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9965-2962

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 CG 160 START

2016 PIZ7746

9C2KC2500GR014617

01186496727

Preta

Condutor: REINALDO SOUSA SANTOS

RG: 3651204 Órgão: SSP UF: RG: PI

End: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: BRASILEIRA UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ GOMES DE SOUSA

End: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA Número:

Cidade: BRASILEIRA UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA VEIO COMUNICAR QUE NO DIA E HORA, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO HONDA CG 160 START, COR PRETA, PLACA PIZ-7746, ANO E MODELO DE FABRICAÇÃO 2016, CHASSI 9C2KC2500GR014617, RENAVAM 01186496727, EM NOME DE JOSÉ GOMES DE SOUSA, QUANDO, EM DADO MOMENTO, ATRAVESSOU UM ANIMAL EM SUA FRENTE (PORCO), ONDE A VÍTIMA COLIDIU EM CITADO ANIMAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO QUE CONDUZIA, CAIU E EM CONSEQUÊNCIA DA QUEDA, SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES NO ROSTO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SENHOR EDILSON DE ARAÚJO, CONHECIDO POR RATO, RESIDENTE NA LOCALIDADE MOCAMBINHO, EM BRASILEIRA-PI, O QUAL O LEVOU PARA O HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES, NESTA CIDADE DE PIRIPIRI-PI.

Deusdedit Freitas Filho - Mat.
AGENTE DE POL.

Reinaldo Sousa Santos
REINALDO SOUSA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 064.710.263-33 4 - Nome completo da vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS 6 - CPF: 064.710.263-33
7 - Profissão: MONTADOR 8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA 9 - Número: 51N 10 - Complemento: IONA RURAL
11 - Bairro: Iona Rural 12 - Cidade: BRASILEIRA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.260-000
15 - E-mail: angelina1235ag@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 999 652962

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 ☒ DADOS BANCÁRIOS ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (BÁS. CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0699 CONTA: 00026043 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(neta) (vivo(s)?): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PIRACURAMA, 15 de outubro de 2019

Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

Angelina de Brito Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA 953797-0		Hidrômetro A16F081000	Referência OUT/2019
Nome/Razão Social/Endereço ANGELINA DE BRITO SILVA RUA ANTONINO FREIRE, 235 COLIBRI PIRACURUCA 64240000 AG= 163			
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub. 1 0 0	Inscrição 83 1 04 0513 0166-000
Período de Consumo 06/09/2019 08/10/2019		Dias Consumo 32	
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento	
Mês/Ano	Letras	Consumo	Quart.
04/19	180	6	0
05/19	186	6	0
06/19	193	7	0
07/19	199	6	0
08/19	204	5	15
09/19	210	6	0
10/19	217	7	0
		FATURADO P/ NINHO DA LIGACAO	
		Lei. Responsável 901574309	
		Grupos de Turfa 01	
		Consumo Médio 6	Consumo Faturado 10
DESCRIÇÃO DA FATURA			
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	
AGUA		31,37	
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60	

VENCIMENTO 15/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 32,97

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007. O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011-MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Duro	PH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	Acum. 100	Acum. 100
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0.65	1.30	0.91	6.18	0.00	0.00	0.00
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GERALMENTE.						

Mensagens
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL



Inscrição 83 1 04 0513 0166-000	AG= 163
Matrícula 953797-0	Referência OUT/2019

VENCIMENTO

15/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

32,97

82630000000-5 32970001820-6 95379701020-4 19000000001-7





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA 953797-0		Hidrômetro A16F081000	Referência OUT/2019
Nome/Razão Social/Endereço ANGELINA DE BRITO SILVA RUA ANTONINO FREIRE, 235 COLIBRI PIRACURUCA 64240000 AG= 163			
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub. 1	Inscrição 83 1 04 0513 0166-000
Período de Consumo 06/09/2019 08/10/2019		Dias Consumo 32	
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento	
Mês/Ano	Letras	Consumo	Quart.
04/19	180	6	0
05/19	186	6	0
06/19	193	7	0
07/19	199	6	0
08/19	204	5	15
09/19	210	6	0
10/19	217	7	0
		FATURADO P/ NINHO DA LIGACAO	
		Lei. Responsável 901574309	
		Grupos de Turfa 01	
		Consumo Médio 6	Consumo Faturado 10
DESCRIÇÃO DA FATURA			
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	
AGUA		31,37	
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60	

VENCIMENTO 15/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 32,97

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007. O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011-MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Duro	PH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	Acidente	Acidente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0.65	1.30	0.91	6.18	0.00	0.00	
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GERALMENTE.						

Mensagens

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

Atenciosamente



Inscrição 83 1 04 0513 0166-000	AG= 163
Matrícula 953797-0	Referência OUT/2019

VENCIMENTO

15/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

32,97

82630000000-5 32970001820-6 95379701020-4 19000000001-7



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/BIBLIOTECASWEB/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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Angelina de Brito Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.761.783 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Reinaldo Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reinaldo Sousa Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Advogada 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: <u>Rua Antonino Figueira</u>	Número: <u>235</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Colibri</u>	Cidade: <u>Piauíruca</u>	Estado: <u>PS</u>
E-mail: <u>angelina1235ag@gmail.com</u>	CEP: <u>64.240-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 999652962</u>

Local e Data: Piauíruca, 15 de outubro de 2019

Angelina de Brito Silva
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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/BIBLIOTECABWEB/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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Angelina de Brito Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.761.783 / 78 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Reinaldo Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reinaldo Sousa Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Advogada 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: <u>Rua Antonino Figueira</u>	Número: <u>235</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>Colibri</u>	Cidade: <u>Piauíruca</u>	Estado: <u>PS</u>
E-mail: <u>angelina1235ag@gmail.com</u>	CEP: <u>64.240-000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 999652962</u>

Local e Data: Piauíruca, 15 de outubro de 2019

Angelina de Brito Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ GOMES DE SOUSA, RG n.º MG- 20.735.847, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP/MG, portador do CPF n.º 007.595.403-65, com domicílio na LC, Recanto da Palmeira, S/N, Zona Rural, Município de Brasileira-PI, onde resido, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima REINALDO SOUSA SANTOS, cujo o condutor era REINALDO SOUSA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA MARCA HONDA

Modelo: HONDA/CG 160 START

Ano: 2016 - FABRICAÇÃO 2016

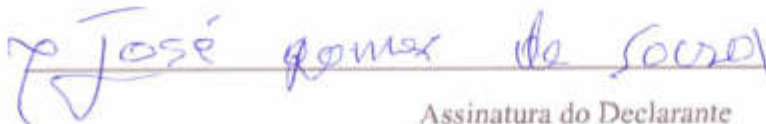
Placa: PIZ 7746

Renavam: 01186496727

Chassi: 9C2KC2500GRO14617

Data do Acidente: 10/08/2019

Local e Data: Brasileira- PI, 19 de setembro de 2019.



Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO / JONATAS MELO Avenida Aderson Alves Ferreira, 71 - Centro - Piriá / PI - Cep 64200-000
Tribunal de Justiça do Estado do Piauí - Tabelião Público - Tel.: (86) 3276-4167 - Fax (86) 3276-4167 - Email: cartorio1pri@tjpi.jus.br
DE: JONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE GOMES DE SOUSA. DOU
FI: EM TEST. Infração DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 23/09/2019.
F/fco: AA196928-NE2U www.tjpi.jus.br/portalextra.
ANILDA MARIA GOMES DE ARAUJO-ESCREVENTE AUTORIZADA
N.º 1:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:38
De: ARAUJO

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Sturto qto Renaldo sou
santos estou internad
do dia 10/08/19 e meus
fo de mais 150 (cento
e cinquenta) dias de
aparelho de suas
atividades

SB22

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 4427 / SBUS 05785/16 | RQE 2096

Data: _____

16/08/19

Médico (assinatura e carimbo)



Receituário Controle Especial



FEPISERH
Fundação Especial de
Pesquisa e Desenvolvimento
da Saúde do Estado do Piauí

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
Departamento de Administração Financeira/Hospitalar
Hospital Regional Chagas Rodrigues
CNPJ: 06.553.564/0004-80
Fone: (86) 3276-1325
Piripiri - Piauí

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - PACIENTE

Data:

16/08/19

Paciente:

Arnaldo Lou Santos

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

① Valeriano 500mg
1 comp. de 6/6h + 10 dias

② Flunar 500mg
1 comp. de 12/12

40004
17
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 44271 - SUS Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo de 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: ____/____/____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES
2777746
4 - CNES
2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
REINALDO SOUSA SANTOS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
705005279528256

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/05/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
41921

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA
12 - ENDEREÇO
RECANTO DA PALMEIRA, 0 - ZONA RURAL

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BRASILEIRA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2201960

15 - UF
PI

16 - CEP
64265-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em MM @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O quadro de

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

fractura de fêmur + tibia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura de fêmur + tibia

21 - CID PRINCIPAL
S829

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia - fratura de fêmur + tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.801.50500

26 - CLÍNICA

CLÍNICA CIRÚRGICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felipe V. Riquelme

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/2019

DR. FELIPE V. RIQUELME
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIÃO GERAL EM ORTOPEDIA
CRM-PI 42255-3/16 RQE 50500

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MAURO RUBENS LIMA VERDE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

20928319334

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Atendimento	1020175
Data	10/08/2019
Hora	8:20

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

Nº
GIZE

BOLETIM DE ADMISSÃO

41921 - REINALDO SOUSA SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 08/05/1994 - 25 A,3 M,2 D

Clinica: CLINICA CIRURGICA Enfermaria: O1- IPE

Leito: T0304 Naturalidade: PI

Escolaridade:

Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF:

RG: 3651204

C/N:

CNS: 705005279528256

Endereço: RECANTO DA PALMEIRA, N° 0 - CEP: 64265-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201960- BRASILEIRA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: EDSON DOS SANTOS

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Fract. diafr. distal

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

*traum c / frant.
diafr. distal*

Diagnóstico Provável

fract. diafr. distal

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05735/16 | RQE 2095

PROFISSIONAL



Folha de Prescrição

304.



SUS

FEPISERH
Fenduroxyl & Fendol Phosphorus
and their various Derivatives

Ronalds five facts

LEITO:

REGISTRO:

10-8

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	RUBRICA
1) Aud. 320			
2) S.F.O, 91. 1000 20 A 14 gda / (12.00)			
3) 14 gda Aud. 1004 - 11.00 - 2 S.F.O, 91. (- 13 11) 2	12.00 18	21.5 11.00 11.00	
4) 14 gda Aud. 16 - 14.00 6.4/66	8:30 Aud 12.00 18	18.00 18.00	
5) 14 gda Aud. 1004 - 11.00 - 2 S.F.O, 91. 6.8164 5/12	12.00 20.00 18	18.00 18.00	
6) 14 gda 11.00			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00
 Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS
 Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0304

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Page 1
 Data Impresso: 10/08/20

Evolução

10/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

17:10:46 1º DIA PARA TIO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTÁVEIS.

VANTUIRIA

Vantúria Fernandes Costa
 Enfermeira
 COREN PI 252.810

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0304

Evolução

10/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

Page 1 of
Data Impresso: 10/08/201

Data impresso: 10/08/2011

17:10:46

1º DIH PARA TTO CIRURGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONCIENTE, ORIENTADO, PASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. MEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTAVEIS.

VANTUIRLA


 Valentín Fernández Costa
 Enfermería
 1978 P1-352 @10

Enfermedad
p. 1352

105



PACIENTE: (020) 75-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-1PE

LEITO: T0304

ADMISSÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 1

25 A, 3 M, 2 D

11/08/2019 - 08:51:43

Evolução Médica

08:55:09

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO

CEFTIOFENOX 1000MG FRASCO	1,00								
DIPIRONA 1g AMP	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%					
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H						
SSV + CCGG	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%					

Dr. FELIPE VENTURA P. MACHADO
CRM: 15515
RUA DO ROSÁRIO, 356/1004180
TELEFONE: (86) 3276-3362

PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0304

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Page 1
Data impresso: 11/08/20

Evolução

11/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:56:10 2º DIH PARA TTO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTÁVEIS.

VANTUÍRIA

Vantúria Fernandes Costa
Enfermeira
COREN - PI 352 910



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64760-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

IDADE: 25 Anos

SUS

ENFERMARIA: 01-IPE

LEITO: T0304

ADMISSÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/08/2019 - 09:49:20

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	0,9%
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF
SSV + CCGG 6/6H				0,9%

Andre Rodrigues O. Cortez
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4850
TEO 15162

Andre Rodrigues O. Cortez

Andre Rodrigues O. Cortez

Andre Rodrigues O. Cortez

PROFISSIONAL

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data de internação: 10/08/2015

Responsável: REINALDO SOUSA SAUTER

Clinica: CLINICA CIRURGICA **Leito:** T0304

Evolução

12/08/2019

Page 1
Data impresso: 12/08/12

Page

Enfermeiro(a)

Assinatura

12:06:13

PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC), AGUARDANDO CIRURGIA.

ANDREIA

COLEMAN 412.24

PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS
ENFERMARIA: 01 IPE

LEITO: T0104
IDADE: 25 Anos
ADI: ISSAÇÃO: 10/08/2019

SUS
DIAS INTERNADO: 3

13/08/2019 - 07:45:39

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

ACESSO SOBOLIZADO	1.00	ON			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1.00	FRA	ENDOVERHOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0.9%
DIPIRONA 1G AMP	1.00	UN	ENDOVERHOSA (EV)	06/06H	
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1.00	AMP	ENDOVERHOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0.9%
SSV + CCG 6/6H	18	ON			

Dr. Renato Jorge de Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedista Traumatologista

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0104

Page 1 of 1
Data impresso: 13/08/2019

Evolução

13/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

09:02:15	PCT INTERNADO NA CÔ COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, ACEITA DIETA OFERTADA VO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC). SEGUE AGUARDANDO CIRURGIA.	ANDREIA	 CORRETO 418.241
----------	--	---------	--



PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-IPE

LEITO: 10303

ADMISÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 4

25 A, 3 M, 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14/08/2019 - 07:38:33

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

07:38:27

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEIRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SINDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00	CV			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
DIPIRONA 16 AMP	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
FRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
SSV + CCG 6/6H					SN

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAXA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 03785/16 | RQE 2095

PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Evolução

14/08/2019		Enfermeiro(a)	Assinatura
11:52:40	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, JA REALIZADO PRE-OPERATORIO, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDREIA	 ANDREIA COREN-PI: 118.241

As 13:40h cirurgia cancelada
pelo ortopedista devido pro-
blemas no material cirurgico.


Hospital Regional Chaves Rodrigues
Enfermeiro Intensivo
COREN-PI: 118.241



PÓS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 15/8/19 Hora: 13h

PÓS OPERATÓRIO: () Imediato () Mediato

AValiação DO NÍVEL DE CONsciência

- 1 - Nível de Consciência: () Desacordado () Acordado () Orientado
() Desorientado

- 2 - Estado Emocional: () Tranquilo () Agressivo () Agitado

AValiação FÍSICA

- 1 - Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída
2 - Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída
3 - Fala/Linguagem: () Normal () Lento () Balbuciada () Afasia
4 - Função Cardíaca: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
5 - Função Respiratória: () Oxigenoterapia () Tosse
Ritmo: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Apnéico
6 - Abdome: () Plano () Distendido () Doloroso a palpação
7 - Pele e Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Cianótico
Punção venosa () Não funcional () Funcional em: M3E
8 - Ferida Operatória () Íntegra () Presença de sangramento intenso
() Presença de dor em sítio cirúrgico () Presença de Dreno
9 - Alimentação: () Dieta zero () Oral () SNG () Gastrostomia
10 - Função Vesical: () Espontânea () SVD
11 - Alergias: () Não () Sim/Quais: _____
12 - Intercorrências: () Náuseas () Vômitos () Dor intensa

Sinais Vitais HORA: 13:40

PA: 112 x 74 mmHg Tax: _____ °C
FC: 78 bpm SAT: 100% FR: _____ ipm

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

[Assinatura]

Diagnóstico de Enfermagem

- 1 - () Risco para infecção relacionado a procedimento invasivo, defesa primária inadequada pelo ato cirúrgico.

- 2 - () Risco para função respiratória alterada.

- 3 - () Dor aguda evidenciada por relato verbal e fáceis de dor.

- 4 - () Risco para aspiração

- 5 - () Risco para hipotermia

Prescrição de Enfermagem

- 1.1 () Trocar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.
1.2 () Realizar procedimentos invasivos com técnica asséptica.

- 2.1 () Monitorar padrão e sinais de desconforto respiratório.
2.2 () Administrar oxigênio S/N

- 3.1 () Administrar analgésico conforme prescrição médica.
3.2 () Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.

- 4.1 () Observar Náuseas e Vômitos.
4.2 () Posicionar pacientes em decúbito lateral em caso de vômito.

- 5.1 () Monitorar temperatura corporal.
5.2 () Fornecer ambiente confortável.

Evolução de Enfermagem

PA - Paciente admitido no CC para realização de extirpação de tumor da cabeça e do pescoço, SSV e SSV. 17:40h - Início. 17:40h - Término. Guarnecido para RX.

[Assinatura]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data de internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

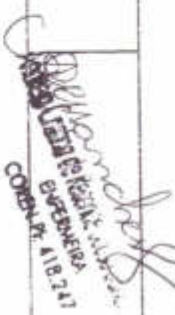
Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Evolução

15/08/2019

11:59:04	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, TEMPERATURA FEBRIL, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDREIA	 COPIA R. 118.2.17
----------	---	---------	--

PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

25 A, 3 M, 2 D

ENFERMADA: 01. IPE

LEIHO:10303

ADMISSÃO: 10/08/2019

DÍAS INTERNAIDC: 6

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/08/2019 - 06:22:37

5822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

06:27:28

PACIENTE ETIÁVIL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEIÇÃO, GLASGOW "15", "1" HANKEL "E", FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

DIETARY LIVER

ACESSO SOLICITADO	1,00			
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	18 00 06 18
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	18 00 06 18
DIPHRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	18 00 06 18
TRAMADOL - CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	18 00 06 18

55W + CEGG 6/6H

18

CC

66

22

13
Wt Wardale

As JR alta Rapidez

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA

CRM PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

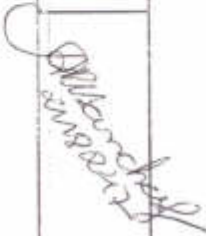
Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0303

Evolução**Enfermeiro(a)****Assinatura****16/08/2019**

12:12:06	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, CIRURGIADO NO DIA ANTERIOR, MANIFESTOU EPISODIO DE FEBRE, NEGA COMORBIDADES E NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS(SIC)	ANDREIA	
----------	---	---------	---



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Reinaldo Leun Lente</i>							
DATA <i>15/03/19</i>		ENFERMARIA				CLÍNICA	
IDADE <i>25a</i>	SEXO ☒ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
TIPO DE CIRURGIA <i>Frotin de tórax</i>							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS		TAP / TTPA / RNI		OUTROS
ALERGIAS							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	Rx TÓRAX		ANESTESIA PROPOSTA		ELETIVA ☐ URGÊNCIA ☐

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LÚCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TAQUICARDIA	TAQUIPNÉIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNÉIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PÁLIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUIDO	DESORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBILOS	ANSIOSO	
DESIORATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ICTÉRICO	CHOQUE	RONCO / ESTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDÍACO R 2 T	TOSSE	ISOCORIA	
CIANÓTICO	ARRÍTMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
ACIANÓTICO	EXTRASSÍSTOLES	SUDORESE	DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
A G E N T E S	OXIGÊNIO L / MIN <i>2L/m</i>			
	ÓXIDO NITROSO L / MIN			
	HALOTANO			VOL. TOTAL:
	ISOFLURANO			VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO			VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS <i>RL 200ml</i>				

16:50

SIMB	TC	FC	FR	PA
P.L.A.	40	240		240
X		220		220
ANE.		200	40	200
X	38	180		180
OP.		160		160
		30		
T.C.		140		140
★	37	120		120
FC		100	20	100
		80		80
FR		36	60	60
			10	
SPQ		40		40
▲	35			
		20		20
P.A.			3	
X	34	0	0	0
ESPONTÂNEA				
ASSISTIDA				
CONTROLADA				
LEGENDA				
PA 80, FC.				
POSIÇÃO				
DDH				

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA		MONITORIZAÇÃO	
A	Bupropion 1.5mg		Roxonamida 2mg/kg L4/L5, ligam. clon, superior 4x 16500, etc sem intubação		☒ E.C.G.	☒ SPO ₂
B	Propofol 1.0mg				☒ P.N.I.	☐ CO ₂
C	Atropina 0.2g				INTERCORRÊNCIAS	
D	Vecuronio 10mg					
E	Propofol 1.0mg					
F	Propofol 0.5mg					
G	Fentanyl 50µg					
H			☐ T.O.T. Nº:	☐ T.N.T. Nº:	☐ M. LARÍNGEA Nº:	☐ M. FACIAL:
I			INÍCIO		DURAÇÃO	
J			FIM			
K			SF:	RL:	TOTAL DE LÍQUIDOS:	
L			RS:	SG:	URINA	SANGUE
M			CH:	PL:		
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO	
O			Hernanes B. de S. e S. Júnior MÉDICO CRM 11.5693			
P						

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE CIRÚRGICO

DATA: 15/07	ENFERMARIA / LEITO:	CLÍNICA:
NOME: Arnaldo Louzinhos		
DIAGNÓSTICO: Fratura diaf. dif. h. e.		CID:
CIRURGIA: Otimização fratura	PROCEDIMENTO:	
CIRURGIA: H. f. e.	AUXILIAR:	
ANESTESISTA:	INSTRUMENTADOR:	

TÉCNICA CIRÚRGICA

Realizada em 15/07/2015, após avaliação
Anest. + Anti-emb. - reperf.
Limp. ferida de 10cm x 4cm - dolo
destruído aderente
Ressecção de fratura e placa c/
paraf. + pontos
Hemostase
Fech. por placas
União

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM/PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095



BOLETIM DE GASTOS CIRÚRGICOS

NOME: <u>Daniel Sousa Santos</u>			
ENFERMARIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
		<u>DR Felipe</u>	<u>DR Henrique</u>
CIRURGIA: <u>Fratura de fíbula</u>			
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA	
<u>17:30</u>	<u>17:40</u>	<u>Local</u>	

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA	X	03	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7			MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12	X	01	FIOS CIRURGICOS			GLUCONATO DE CALCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2	X	02	PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3	X	01	MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNESIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL N° 0					
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			ANTIBIOTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2	X	02	AMPLICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFAZOLINA	X	01
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 18			VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			SOROS		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLÓGICO 500ML	X	local
SCALP N° 23			SOLUCOES			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ALCOOL 70%			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TOPICO			MANTOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE			PSICOTROPICOS		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LIQUIDA			DOMOTIDOLOSSAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA	X	10ml	FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE SUÇÃO N°			ANESTESICOS			PROPOFOL		
DRENO DE TÓRAX N°			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAINA 2% S/V	X	01	ISOFLURANO		
ELETRODOS	X	06	NEOCAINA PESADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA 0,5% S/V			SEFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 24	X	01	BUPIVACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 6,5						NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,0			MEDICAMENTOS					
LUVA ESTÉRIL 7,5	X	02	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	02	AMINOPIRINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA ESTÉRIL 8,5			ATROPINA			ASPIRADOR		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PVR)	X	02	ÁGUA DESTILADA			AR COMPRIMIDO (H)		
SONDA DE FOLLEY			BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
TUBO OROTRAQUEAL			CEDILANDE			RX EM SALA		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIACO		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
SONDA GÁSTRICA N°			KCL			CARRO DE ANESTESIA	X	
CERA ÓSSEA			NACI 10%			OXIGÊNIO (H)		
SURGICEL			NACI 20%					
TELA DE PROLENE			DEXAMETASONA	X	01	OUTROS		
ATADURA DE CREPON N°	X	03	DIPIRONA					
COMPRESSA	X	03	DORITAMINA					
COMPRESSA DE GAZES	X	03	EFORTIL					
ALGODÃO ORTOPÉDICO	X	03						

DATA: <u>15/08/19</u>	INSTRUMENTADOR: <u>Juanilda</u>	CIRCULANTE: <u>Pmedios, Helia, claudia</u>
-----------------------	---------------------------------	--



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIFIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0265280 Registro: 41921
Data: 10/08/2019 Hora: 03:29:00
Funcionario: RENATOF Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 9

SUS

REINALDO SOUSA SANTOS

Nasc.: 08/05/1994 Idade: 25 A, 3 M, 2 D

End.: RECANTO DA PALMEIRA, 0 -

Cor: SEM Telefone: () -

CPF: - RG: 3651204 - SUS: 705005279528256

Profissão:

Civil:

CEP: 64260

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BRASILEIRA/PI

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Pai: EDSON DOS SANTOS

Clinica: ENFERMAGEM

Documento: 1 - HRCR

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/08/2019 3:29 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO M

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

Queixa principal:

paciente ref: uma detracção

Exame clinico/fisico:

apresenta deformidade de uma perna (E)
dois membros inferiores
medula e fêmur e intolera

Diagnostico provavel:

Tórax: AP: M + S R A

Solicito: Av: Ortopedia

Medicação:

RX Tórax

RX Perna (E) Ape Refil

Procedimentos/exames realizados:

Dipiridona 4mL + 16mL DESE

SFO 9% 500mL EV PMU 07/25

Francisco Tingo de Sousa Amorim
Médico / Cirurgia Geral
CRM PI 3242

fraco clon + dependência de

mu

ref. diag. de f. h

col: mte. nate

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Sturto qd Renaldo sou
santos estou inter-venid
dund 10/8/19 e meus
fo de mais 150 (cento
e (mequente) dias de
apartamento de suas
atividades

SB22

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 4427 / SBUS 05785/16 / RQE 2006

Data: _____

16/8/19

Médico (assinatura e carimbo)



Receituário Controle Especial



FEPISERH
Fundação Especial de
Pesquisa e Desenvolvimento

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
Departamento de Administração Financeira/Hospitalar
Hospital Regional Chagas Rodrigues
CNPJ: 06.553.564/0004-80
Fone: (86) 3276-1325
Piripiri - Piauí

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - PACIENTE

Data:

16/08/19

Paciente:

Arnaldo dos Santos

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

① Uptaxin 500mg
1 comp. de 6/6h + 10 dias

② Flunar 500mg
1 comp. de 12/12

40004
17
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 44271 - SUS Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo de 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: ____/____/____



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES
2777746
4 - CNES
2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
REINALDO SOUSA SANTOS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
705005279528256

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/05/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
41921

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA
12 - ENDEREÇO
RECANTO DA PALMEIRA, 0 - ZONA RURAL

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BRASILEIRA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2201960

15 - UF
PI

16 - CEP
64265-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em MM @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O quadro de

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

fractura de fêmur + tibia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura de fêmur + tibia

21 - CID PRINCIPAL
S829

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia - fratura de fêmur + tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.801.50500

26 - CLÍNICA

CLÍNICA CIRÚRGICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felipe V. Riquelme

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/2019

DR. FELIPE V. RIQUELME
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia de Fratura de Fêmur e Tibia
CRM-PI 42255-5/16 RQE 505

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MAURO RUBENS LIMA VERDE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

20928319334

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Atendimento	1020175
Data	10/08/2019
Hora	8:20

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

Nº
GIZE

BOLETIM DE ADMISSÃO

41921 - REINALDO SOUSA SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 08/05/1994 - 25 A,3 M,2 D

Clinica: CLINICA CIRURGICA Enfermaria: O1- IPE

Leito: T0304 Naturalidade: PI

Escolaridade:

Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF:

RG: 3651204

C/N:

CNS: 705005279528256

Endereço: RECANTO DA PALMEIRA, N° 0 - CEP: 64265-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201960- BRASILEIRA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: EDSON DOS SANTOS

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

fract. diafr. distal

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

*fract. c/ frnt.
diafr. distal*

Diagnóstico Provável

fract. diafr. distal

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05735/16 | RQE 2095

PROFISSIONAL



Folha de Prescrição

WILLIAM M. RICE

304



FEPISERH

[illegible]

Donalds five facts

REGISTRO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

10-8

	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	RUBRICA
1) Mid. 3 ^o			
2) S.F.O, q'1. 1000 mg 14g/kg (12.00g)	12.00g	12.00g	
3) Cloridrato de 100mg - 1100mg	10.00g	10.00g	
4) S.F.O, q'1. 5-1011g	10.00g	10.00g	
5) Naproxeno 16-1 1000mg 16g	8:30mg	12.00g	
6) Metformina 100mg - 1000mg	12.00g	12.00g	
7) S.F.O, q'1. 5-816g 51mg	10.00g	10.00g	
8) S.F.O - 1100g			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0304

Evolução

10/08/2019

Page 1
Data Impresso: 10/08/20

Enfermeiro(a)

Assinatura

17:10:46

1º DIA PARA TIO CIRURGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E. CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTÁVEIS.

VANTUÍRIA

Vantúria Fernandes Costa
Enfermeira
COREN PI 252.810



PACIENTE: (020) 75-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-1PE

LEITO: T0304

ADMISSÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 1

25 A, 3 M, 2 D

11/08/2019 - 08:51:43

Evolução Médica

08:55:09

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO

CEFTIOFENOX 1000MG FRASCO	1,00								
DIPIRONA 1g AMP	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%					
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H						
SSV + CCGG	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%					

Dr. FELIPE VENTURA P. MACHADO
CRM: 15515
RUA SCS 14, 35610-000
TELEFONE: (86) 3276-3362
DATA: 11/08/2019 08:56:16

PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0304

Evolução

11/08/2019

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Page 1
Data impresso: 11/08/20

10:56:10 2º DIH PARA TTO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTÁVEIS.

Enfermeiro(a)

Assinatura

VANTUÍRIA

Vantúria Fernandes Costa
Enfermeira
COREN - PI 352 910



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64760-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

IDADE: 25 Anos

SUS

ENFERMARIA: 01-1PE

LEITO: T0304

ADMISSÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/08/2019 - 09:49:20

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	0,9%
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF
SSV + CCGG 6/6H				0,9%

Andre Rodrigues O. Cortez
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4850
TEO 15162

Andre Rodrigues O. Cortez

Andre Rodrigues O. Cortez

Andre Rodrigues O. Cortez

PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data de internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0304

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Evolução

12/08/2019

12:06:13	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE	Enfermeiro(a)	Assinatura
02, EM JEJUM, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC), AGUARDANDO CIRURGIA.		ANDREIA	 COBEN 11221

PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS
ENFERMARIA: 01 IPE

LEITO: T0104
IDADE: 25 Anos
ADI: ISSAÇÃO: 10/08/2019

SUS
DIAS INTERNADO: 3

13/08/2019 - 07:45:39

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

ACESSO SOBOLIZADO	1.00	ON			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1.00	FRA	ENDOVERHOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0.9%
DIPIRONA 1G AMP	1.00	UN	ENDOVERHOSA (EV)	06/06H	
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1.00	AMP	ENDOVERHOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0.9%
SSV + CCG 6/6H	18	ON			

Dr. Renato Jorg. d. Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedista Traumatologista

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0104

Page 1 of 1
Data impresso: 13/08/2019

Evolução

13/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

09:02:15	PCT INTERNADO NA CÔ COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, ACEITA DIETA OFERTADA VO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC). SEGUE AGUARDANDO CIRURGIA.	ANDREIA	 CORRETO 418.241
----------	--	---------	--



PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-IPE

LEITO: 10303

ADMISÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 4

25 A, 3 M, 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14/08/2019 - 07:38:33

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

07:38:27

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEIRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO	1,00	CV			
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
DIPIRONA 16 AMP	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
FRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
SSV + CCG 6/6H					SN

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CIRURGIA DO TRAX
 ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
 CRM PI 44277 | SBUS 03785/16 | RQE 2095

PROFISSIONAL

esjournal.com

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Evolução

Enfermeiro(a)		Assinatura
11:52:40	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, JA REALIZADO PRE-OPERATORIO, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDREIA

As 13:40h cirurgia cancelada
pelo ortopedista devido pro-
blemas no material cirurgico.

Enfermeiro Intensivo
COREN-PI 118.241



PÓS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 15/8/19 Hora: 13h

PÓS OPERATÓRIO: (☒) Mediato () Mediato

AValiação DO NÍVEL DE CONsciência

- 1 - Nível de Consciência: () Desacordado (☒) Acordado (☒) Orientado
() Desorientado

- 2 - Estado Emocional: (☒) Tranquilo () Agressivo () Agitado

AValiação FíSICA

- 1 - Acuidade Visual: (☒) Preservada () Diminuída
2 - Acuidade Auditiva: (☒) Preservada () Diminuída
3 - Fala/Linguagem: (☒) Normal () Lento () Balbuciada () Afasia
4 - Função Cardíaca: (☒) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
5 - Função Respiratória: () Oxigenoterapia () Tosse
Ritmo: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () Apnéico
6 - Abdome: (☒) Plano () Distendido () Doloroso a palpação
7 - Pele e Mucosas: (☒) Normocoradas () Hipocoradas () Cianótico
Punção venosa () Não funcional (☒) Funcional em: MSE
8 - Ferida Operatória () Íntegra () Presença de sangramento intenso
() Presença de dor em sítio cirúrgico () Presença de Dreno
9 - Alimentação: () Dieta zero (☒) Oral () SNG () Gastrostomia
10 - Função Vesical: (☒) Espontânea () SVD
11 - Alergias: (☒) Não () Sim/Quais: _____
12 - Intercorrências: () Náuseas () Vômitos () Dor intensa

Sinais Vitais HORA: 13:40

PA: 112 x 74 mmHg Tax: _____ °C
FC: 78 bpm SAT: 100% FR: _____ ipm

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

[Assinatura]

Diagnóstico de Enfermagem

- 1 - (☒) Risco para infecção relacionado a procedimento invasivo, defesa primária inadequada pelo ato cirúrgico.

- 2 - () Risco para função respiratória alterada.

- 3 - (☒) Dor aguda evidenciada por relato verbal e fáceis de dor.

- 4 - () Risco para aspiração

- 5 - () Risco para hipotermia

Prescrição de Enfermagem

- 1.1 (☒) Trocar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.
1.2 (☒) Realizar procedimentos invasivos com técnica asséptica.

- 2.1 () Monitorar padrão e sinais de desconforto respiratório.
2.2 () Administrar oxigênio S/N

- 3.1 (☒) Administrar analgésico conforme prescrição médica.
3.2 (☒) Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.

- 4.1 () Observar Náuseas e Vômitos.
4.2 () Posicionar pacientes em decúbito lateral em caso de vômito.

- 5.1 () Monitorar temperatura corporal.
5.2 () Fornecer ambiente confortável.

Evolução de Enfermagem

PA - Paciente admitido no CC para realização de cirurgia de furo de alta pressão e. Feito ressecção de tumor, SSV e furo de alta pressão. 17:40h - Tchau. Guacimilva de Jesus R.

[Assinatura]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data de internação: 10/08/2019 - 08:20:00 Sexo: M

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

15/08/2019

11:59:04	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, TEMPERATURA FEBRIL, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDREIA	 COMP. R. 118.2.17
----------	---	---------	--

25 A.3 M.2.D

DÍAS INTERNADO: 6

5822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEIRIL, GLASGOW "15", HANKEL "C", FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

ACCESO SOFROLIZADO

SNV + CCGG 6/6H

21

Ad JSE alta Rapida
lon. - ~~1000~~

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ULTRASONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

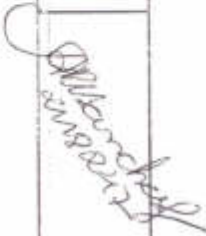
Sexo: M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0303

Evolução**Enfermeiro(a)****Assinatura****16/08/2019**

12:12:06	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, CIRURGIADO NO DIA ANTERIOR, MANIFESTOU EPISODIO DE FEBRE, NEGA COMORBIDADES E NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS(SIC)	ANDREIA	
----------	---	---------	---



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Reinaldo Leun Lente</i>							
DATA <i>15/03/19</i>		ENFERMARIA				CLÍNICA	
IDADE <i>25a</i>	SEXO ☒ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
TIPO DE CIRURGIA <i>Frotin de tórax</i>							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS		TAP / TTPA / RNI		OUTROS
ALERGIAS							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	Rx TÓRAX		ANESTESIA PROPOSTA		ELETIVA ☐ URGÊNCIA ☐

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LÚCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TAQUICARDIA	TAQUIPNÉIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNÉIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PÁLIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUIDO	DESORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBILOS	ANSIOSO	
DESIORATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ICTÉRICO	CHOQUE	RONCO / ESTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDÍACO R 2 T	TOSSE	ISOCORIA	
CIANÓTICO	ARRÍTMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
ACIANÓTICO	EXTRASSÍSTOLES	SUDORESE	DÉFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
A G E N T E S	OXIGÊNIO L / MIN <i>2L/min</i>			
	ÓXIDO NITROSO L / MIN			
	HALOTANO			VOL. TOTAL:
	ISOFLURANO			VOL. TOTAL:
	SEVOFLURANO			VOL. TOTAL:
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS <i>RL 200ml</i>				

16:50

SIMB	TC	FC	FR	PA
P.L.A.	40	240		240
X		220		220
ANE.		200	40	200
X	38	180		180
OP.		160		160
		30		
TC*		140		140
★	37	120		120
FC		100	20	100
		80		80
FR		36	60	60
			10	
SPQ		40		40
▲	35			
		20		20
PA			3	
X	34	0	0	0
ESPONTÂNEA				
ASSISTIDA				
CONTROLADA				
LEGENDA				
PA 80, FC.				
POSIÇÃO				
DDH				

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA		MONITORIZAÇÃO	
A	Bupivacaina 1.5mg		Rozumantín 276, L4/L5, ligam. clon, superior 4x 16500, etc sem intubação		☒ E.C.G.	☒ SPO ₂
B	Propofol 10mg				☒ P.N.I.	☐ CO ₂
C	Atropina 0.2g				INTERCORRÊNCIAS	
D	Vecuronio 10mg					
E	Propofol 8mg					
F	Atropina 0.5mg					
G	Fentanyl 50µg					
H			☐ T.O.T. Nº:	☐ T.N.T. Nº:	☐ M. LARÍNGEA Nº:	☐ M. FACIAL:
I			INÍCIO		FIM	
J					DURAÇÃO	
K			SF:	RL:	TOTAL DE LÍQUIDOS:	
L			RS:	SG:	URINA	SANGUE
M			CH:	PL:		
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO	
O			Hernanes B. de S. e S. Júnior MÉDICO CRM 11.5693			
P						

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE CIRÚRGICO

DATA: 15/07	ENFERMARIA / LEITO:	CLÍNICA:
NOME: Arnaldo Louzinhos		
DIAGNÓSTICO: Fratura diaf. dif. h. e		CID:
CIRURGIA: Otimização fratura	PROCEDIMENTO:	
CIRURGIA: H. f. e	AUXILIAR:	
ANESTESISTA:	INSTRUMENTADOR:	

TÉCNICA CIRÚRGICA

Realizada em 15/07/2015, após avaliação
Anest. + Antib. - reje
Limp. e cur. de fer. e dolo
dos tecidos adjacentes
Realizado de fratura e placa c/
paraf. e paraf.
hipo-
futura por placa
unilocal

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM/PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095



BOLETIM DE GASTOS CIRÚRGICOS

NOME: <u>Daniel Sousa Santos</u>			
ENFERMARIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
		<u>DR Felipe</u>	<u>DR Henrique</u>
CIRURGIA: <u>Fratura de fíbula</u>			
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA	
<u>17:30</u>	<u>17:40</u>	<u>Local</u>	

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA	X	03	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7			MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12	X	01	FIOS CIRURGICOS			GLUCONATO DE CALCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2	X	02	PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3	X	01	MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNESIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL N° 0					
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			ANTIBIOTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2	X	02	AMPLICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFAZOLINA	X	01
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 18			VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			SOROS		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLÓGICO 500ML	X	local
SCALP N° 23			SOLUCOES			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ALCOOL 70%			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TOPICO			MANTOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE			PSICOTROPICOS		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LIQUIDA			DOMOTIDOLOSSAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA	X	10ml	FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE SUÇÃO N°			ANESTESICOS			PROPOFOL		
DRENO DE TÓRAX N°			XYLOCAINA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA SPRAY			ENFLURANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAINA 2% S/V	X	01	ISOFLURANO		
ELETRODOS	X	06	NEOCAINA PESADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA 0,5% S/V			SEFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 24	X	01	BUPIVACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUA ESTÉRIL 6,5						NARCAN		
LUA ESTÉRIL 7,0			MEDICAMENTOS					
LUA ESTÉRIL 7,5	X	02	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUA ESTÉRIL 8,0	X	02	AMINOPIRINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUA ESTÉRIL 8,5			ATROPINA			ASPIRADOR		
LUA DE PROCEDIMENTO (PVR)	X	02	ÁGUA DESTILADA			AR COMPRIMIDO (H)		
SONDA DE FOLLEY			BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
TUBO OROTRAQUEAL			CEDILANDE			RX EM SALA		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIACO		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
SONDA GÁSTRICA N°			KCL			CARRO DE ANESTESIA	X	
CERA ÓSSEA			NACI 10%			OXIGÊNIO (H)		
SURGICEL			NACI 20%					
TELA DE PROLENE			DEXAMETASONA	X	01	OUTROS		
ATADURA DE CREPON N°	X	03	DIPIRONA					
COMPRESSA	X	03	DORITAMINA					
COMPRESSA DE GAZES	X	03	EFORTIL					
ALGODÃO ORTOPÉDICO	X	03						



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIFIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0265280 Registro: 41921
Data: 10/08/2019 Hora: 03:29:00
Funcionario: RENATOF Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 9

SUS

REINALDO SOUSA SANTOS

Nasc.: 08/05/1994 Idade: 25 A, 3 M, 2 D

End.: RECANTO DA PALMEIRA, 0 -

Cor: SEM Telefone: () -

CPF: - RG: 3651204 - SUS: 705005279528256

Profissão:

Civil:

CEP: 64260

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BRASILEIRA/PI

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Pai: EDSON DOS SANTOS

Clinica: ENFERMAGEM

Documento: 1 - HRCR

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/08/2019 3:29 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO M

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

Queixa principal:

paciente ref: uma detracção

Exame clinico/fisico:

apresenta deformidade de uma perna (E)
dois membros inferiores e inchados

Diagnostico provavel:

Tórax: AP: M + S R A

Solicito: Av: Ortopedia

Medicação:

RX Tórax

RX Perna (E) Alepezil

Procedimentos/exames realizados:

Dipiridamol 4mL + 16mL de D5W

SFO 9/1 500mL EV PMU 07/25

Francisco Tingo de Sousa Amorim
Médico / Cirurgia Geral
CRM PI 3242

transclon + dependência de

mu

trat. dia. de 1, 1, 1

col: mlt. nate





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME

ANGELINA DE BRITO SILVA

FILIAÇÃO

ALUISIO LEAL SILVA
ANGELICA DE SOUSA BRITO SILVA

NATURALIDADE

PIRACURUÇA-PI

DATA DE NASCIMENTO

21/04/1988

RG

2418411 - SSP/PI

CPF

017.781.783-78

QUALIDADE DE GRAUADO E TITULO

NÃO

VIA EXPEDIENTE EM

01 01/04/2016

Francisco Lucas Costa Veloso
FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO
PRESIDENTE

13156





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME

ANGELINA DE BRITO SILVA

FILIAÇÃO

ALUISIO LEAL SILVA
ANGELICA DE SOUSA BRITO SILVA

NATURALIDADE

PIRACURUÇA-PI

DATA DE NASCIMENTO

21/04/1988

RG

2418411 - SSP/PI

CPF

017.781.783-78

QUALIDADE DE GRAUADO E TITULO

NÃO

VIA EXPEDIENTE EM

01 01/04/2016

Francisco Lucas Costa Veloso
FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO
PRESIDENTE

PRODUÇÃO

13156



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ

CERTIFICADO 000028983 E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012974510061
1 01186496727 2019

JOSE GOMES DE SOUSA

00759540365

PIZ-7746

9C2KC2500GR014617

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 160 START

2016

2016

02P/0162CC

PARTIC

PRETA

0

P

V

A

000000000

SEGURO

PAGO

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES

PIRIPIRI

19/06/2019

Assinado digitalmente por José Gomes de Sousa
Diretor Geral do Detran - RJ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE QUALQUER TIPO POR SUA CARGA, APRESSOES
TRANSPOBRIADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012974510061 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00759540365

PIZ-7746

2019

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

2019 19/06/2019

1 00759540365

PIZ-7746

01186496727

HONDA/CG 160 START

2016

9C2KC2500GR014617

PRÊMIO TARIFARIO

000,00

000,00

000,00

084,58

X COTA UNICA

INSCRIÇÃO

01/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.340.604/0001-04

SET-2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

CERTIFICADO 000028983 E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 012974510061
1 01186496727 2019

JOSE GOMES DE SOUSA

00759540365

PIZ-7746

9C2KC2500GR014617

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 160 START

2016

2016

02P/0162CC

PARTIC

PRETA

0

P

V

A

000000000

SEGURO

PAGO

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES

PIRIPIRI

19/06/2019

Assinado digitalmente por José Gomes de Sousa
Diretor Geral do Detran - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE QUALQUER TIPO POR SUA CARGA, APRESSOES
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012974510061 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00759540365

PIZ-7746

2019

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

2019 19/06/2019

1 00759540365

PIZ-7746

01186496727

HONDA/CG 160 START

2016

9C2KC2500GR014617

PRÊMIO TARIFARIO

000,00

000,00

000,00

084,58

X COTA UNICA

INSCRIÇÃO

01/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.604/0001-04

SET-2016

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
064.710.263-31 REINALDO SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS 6 - CPF: 064.710.263-31
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA 9 - Número: 511 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BRASILEIRA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.240-000
15 - E-mail: angelina1235ag@gmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 99965-2962
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 ☐ DADOS BANCÁRIOS ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco 237 ☐ Itaú 341 ☐ Banco do Brasil 001 ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0699 CONTA: 080-212 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO(S) (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não pais/avós vivos?

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Brasília, 25 de novembro de 2019

Reinaldo Sousa Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

Angelina de Brito Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470

#20 |

AUTO ATENDIMENTO

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA |

EXTRATO

AG: 0699 PIRIPIRI

OPER: 013

CONTA:

80.212-7

PERIODO: 01112019 ATE: 16122019

CPF:

064.710.263-31

NOME: REINALDO SOUSA SANTOS WW

VLR.BLQ.JUD.

0.00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO
22/11/2019 221514 DP DIN LOT

T A X A
0,000000000

V A L O R

10.00 C

2 1 1 0

10.00

SALDO EM 13/12/2019 R\$

F1 AJUDA

F4 SALDO POR DATA LIMITE

F7 VOLTAR PAG

F3 RETORNAR

F6 EXTRATO ANTERIOR

F8 AVANCAR PAG

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601882 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE, EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 03 06 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 24 //
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM
PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.
CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00