

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Terresina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190072026
Nome do(a) Examinado(a): Elisangela de Jesus Xavier Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Castelo do Piauí, 4204
Memorare Teresina PI CEP: 64009-330
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1557463
Data local do acidente: [15/10/2018]
Data local do exame: [06/06/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20) E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(☒) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(☒) Sim () Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO Nº 18059243BD2



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLEN, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18059243BD2 e o número de controle 4B50F77DAF5A3B614A5F61022BD129



191



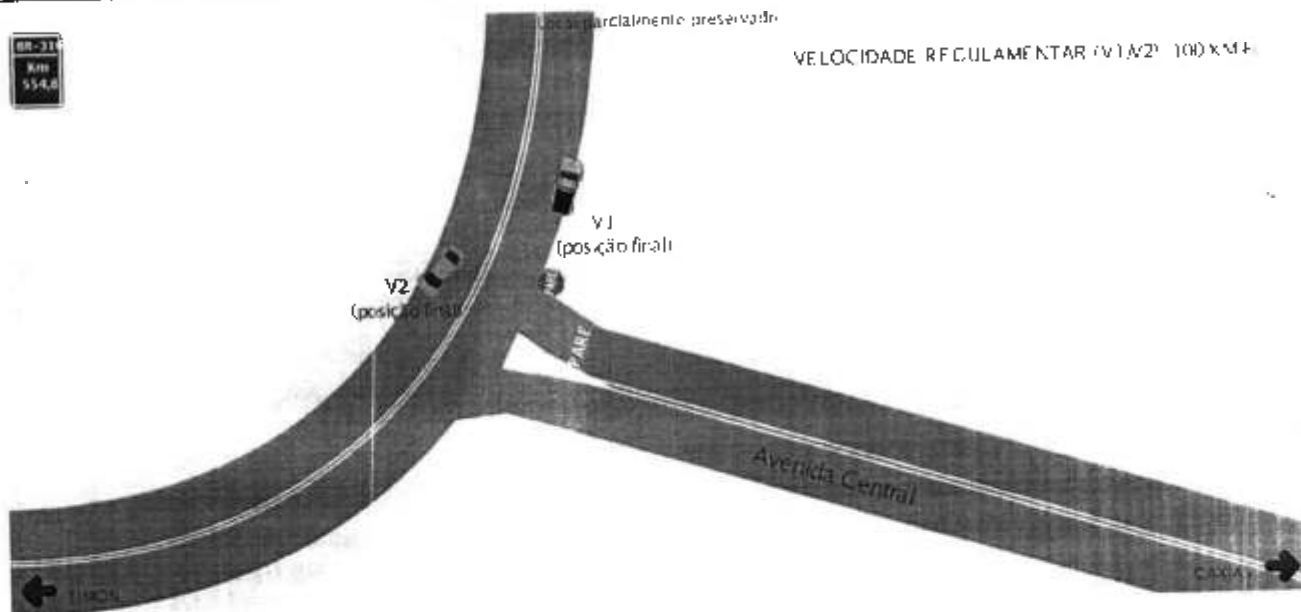
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

concluir a causa principal do acidente. A dinâmica do acidente está representada no croqui. Observações: 1) A passageira Cleonice M. de Araújo foi socorrida e encaminhada ao atendimento médico porém não resistiu aos ferimentos e veio à óbito posteriormente na UPA - Caxias. 2) Por conta da ausência de pessoas responsáveis pelos veículos envolvidos e urgência de sua remoção do leito da pista os mesmos foram encaminhados ao Posto da PRF Caxias através de guincho particular. Este BAT foi retificado em resposta ao Processo (SEI) número 08665007959 em substituição ao BAT nº 18059249B01.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

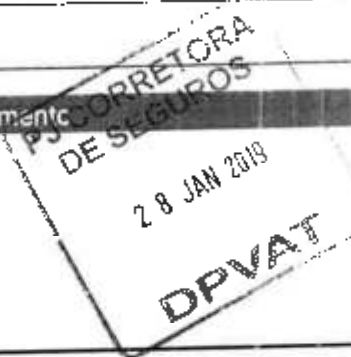
MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1798231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.535 de 6 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.ort.gov.br/novosbat/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B53F77DAF5A3B514A5F61D22BD199.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 15/10/2018 Hora: 19:20 Município: CAXIAS/MA
BR: 316 KM: 554,8 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: ROCKFELLER, 1738231
Relatório retificado com base no processo administrativo nº: 08665007959201800

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Molhada
Estrutura Viária: Curva	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Chuva	Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

NARRATIVA

No dia 15/10/2018, por volta das 19:20h, no km 554,8 da BR 316, Caxias/MA, ocorreu um acidente do tipo Colisão frontal, envolvendo uma caminhonete GM S10 branca (V1), cujo condutor (não identificado) e possíveis passageiros se evadiram do local, e um Fiat Pallo cinza (V2) no qual se encontravam Antônio Ceimo Gomes Fi.ho (condutor, ferido gravemente), Cleonice Maria de Araújo (ferida gravemente), Elisângela de Jesus Xavier Santos (ferida gravemente), Patrícia de Araújo Costa (ferida levemente), Kaylani Vitória Araújo Dutra Melo (ferida levemente), Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo (ferida gravemente), Lucas Vinicius Dutra Melo (ileso), Wesley Gabriel Araújo Costa (ferido levemente), Paulo Henrique Ferreira de Jesus (ileso) e Gustavo Henrique Araújo Costa (ferido levemente). Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que o veículo V1 seguia fluxo no sentido decrescente da rodovia e V2 seguia fluxo no sentido crescente quando vieram a colidir frontalmente. Após a colisão V1 ficou imobilizado, parte na pista sentido decrescente e parte no acostamento e V2 ficou imobilizado sobre o leito da rodovia no sentido crescente. Não foi possível identificar o local da colisão e nem se observaram marcas de frenagem, arrasto ou outro sinal que demonstrasse qual dos veículos invadiu a faixa de mão do outro. Registre-se que no horário do acidente chovia forte no local, reduzindo consideravelmente a visibilidade à direção. Diante da falta de elementos suficientes para formar uma convicção não foi possível



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231 - Policial Rodoviário Federal, em 20/10/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Med. da Presidência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-JG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/novababautentica>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59777DAF5A3B614A5F61022B0199.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - LWP8510 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: LWP8510 Marca/modelo: GM/S10 2.8 S

Ano fabricação: 2002 Chassi: 9BG124AC03C407995

Espécie: Carga Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Condutor de V1 não estava presente na chegada da equipe PRF e tampouco se apresentou na Unidade competente para esclarecimentos. Veículo removido para o Posto PRF Caxias por ausência de responsável pelo mesmo.

Renavam: 00795526318

Tipo de veículo: Caminhonete

Cor: Branca



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELI ER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 31/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Med. da Presidência Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/revistas/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4659F77DAF5A39614A5F61C226D*99

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / GM/S10 2.8 S

Placa: LWP8510

Nº BOAT: 18059249B02

Nome do Agente: ROCKFELLER

Matrícula do Agente: 1738231

Data: 15/10/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Média



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme notário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movbairautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A3B614A5F61072BD189.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Proprietário

Nome: CONSTRUTORA SUCESSO S/A

CPF/CNPJ: 09.588.906/0001-43

Email:

Telefone:

Endereço: TERESINA-PI

V1C - CONDUTOR DE V1 - Não localizado

V1C - Informações

Nome:

Data de Nascimento:

Estado civil:

Sexo:

Estado físico:

Informações complementares: Ocupantes de V1 não foram localizados. Condutor de V1 não estava presente na chegada da equipe PRF no local do acidente e também não se apresentou na Unidade competente para esclarecimentos ou identificação.

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - LVI8228 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: LVI8228

Marca/modelo: FIAT/PALIO ED

Renavam: 00683141627

Ano fabricação: 1997 Chassi: 9BD178016V0338723

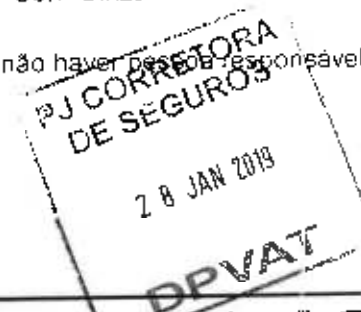
Tipo de veículo: Automovel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Cinza

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Veículo removido para o Posto PRF Caxias por não haver pessoa responsável pelo mesmo.



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por HÖCKFELLER, Walfredo, 1738231, Policial Rodoviária Federal, em 20/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.201-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.trf.gov.br/novocanalautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número da chave 4B56F7D1AF5A3D61AA0F81C22GD-99

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.539 de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-00 de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novopbausautenticar> informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A3D614A5F61022BD199

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / FIAT/PALIO ED
Nome do Agente: ROCKFELLER

Placa: LV8228
Matrícula do Agente: 1738231

Nº BOAT: 18059249B02
Data: 15/10/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
			X		
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita				

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/10/2018, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 7.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea o do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-OG, de 12 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobrasilautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B09F77D4F5A3B514A5F6C22GD*99

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA FRENTE



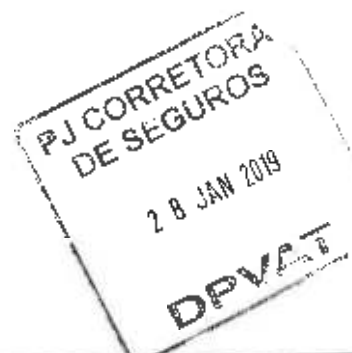
IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 6 de outubro de 2015 e na alínea h do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/npvcb/da/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B55F77DAF5A3B614A5F61C22BD199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - Patrícia de Araújo Costa

V2P2 - Informações

Nome: Patrícia de Araújo Costa
CPF: 383.421.478-78
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 12/03/1984
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V2P2 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - Gustavo Henrique Araújo Costa

V2P3 - Informações

Nome: Gustavo Henrique Araújo Costa
Nº de Identificação/órgão expedidor: 55.609.968-0/SSP-SP
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 21/05/2005
Estado civil:
Estado físico: Lesões Leves

V2P3 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - Cleonice Maria de Araújo

V2P4 - Informações

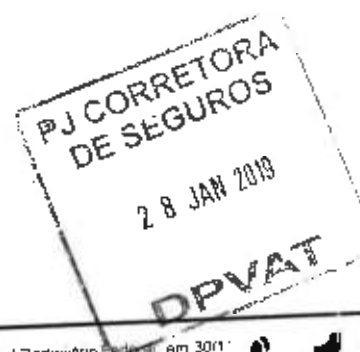
Nome: Cleonice Maria de Araújo
CPF: 374.940.403-82
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 02/07/1963
Estado civil:
Estado físico: Lesões Graves

V2P4 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme notário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.202-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/validar> ou no endereço eletrônico informado no protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F77DAF5A3B614A5F510228D196.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2 - Proprietário

Nome: JOAO RIBEIRO MAGALHAES NETO

Email:

Endereço: RUA PROF. OSCAR CKARCK, 04984, TERESINA-PI

CPF/CNPJ: 060.229.488-60

Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO CELMO GOMES FILHO

V2C - Informações

Nome: ANTONIO CELMO GOMES FILHO

CPF: 004.461.193-50

sexo: Masculino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 29/05/1984

Estado civil:

Estado físico: Lesões Graves

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

UF: PI

Observações CNH: 1315

Primeira habilitação: 11/02/2003

Vencimento da habilitação: 12/05/2021

Nº Registro: 02784224564

Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA SATURNO, 4176. SATELITE, TERESINA-PI

Telefone:

Email:

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - Kaillany Vitória Araújo Dutra Melo

V2P1 - Informações

Nome: Kaillany Vitória Araújo Dutra Melo

CPF: 098.216.533-16

sexo: Feminino

Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 18/06/2018

Estado civil:

Estado físico: Lesões Leves

V2P1 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKWELLER, marca 173823, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.204-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.593, de 8 de outubro de 2010 e no inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobalautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B52-1/DA75A3D6-443F5122DD19H.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - Lucas Vinícius Dutra Melo

V2P5 - Informações

Nome: Lucas Vinicius Dutra Melo
CPF: 067.966.573-06
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 31/03/1995
Estado civil:
Estado físico: Ileso

V2P5 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone: 86-996037683

Email:

V2P6 - PASSAGEIRO 6 DO V2 - Wesley Gabriel Araújo Costa

V2P6 - Informações

Nome: Wesley Gabriel Araújo Costa
Nº de Identificação/órgão expedidor: 12335601552013100317
/Cartório de Registro

Data de Nascimento: 05/03/2013
Estado civil:

sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Estado físico: Lesões Leves

V2P6 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P7 - PASSAGEIRO 7 DO V2 - Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo

V2P7 - Informações

Nome: Kauanny Vitória Araújo Dutra Melo
Nº de Identificação/órgão expedidor: 898005188130493
/SUS

Data de Nascimento: 05/09/2015
Estado civil:

sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Estado físico: Lesões Graves
Usava dispositivo para retenção de criança: Sim, mas
utilizava-o
incorreto
/Incorretamente

V2P7 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKEFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 6.519 de 8 de outubro de 2015 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novaba/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4063F77DAF5A3B614A5F61022B0199

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18059249B02

V2P8 - PASSAGEIRO 8 DO V2 - Paulo Henrique Ferreira de Jesus

V2P8 - Informações

Nome: Paulo Henrique Ferreira de Jesus
CPF: 099.640.363-96
sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 07/11/2007
Estado civil:
Estado físico: Ileso

V2P8 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:

V2P9 - PASSAGEIRO 9 DO V2 - Elisângela de Jesus Xavier Santos

V2P9 - Informações

Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos
CPF: 923.932.923-49
sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 14/05/1976
Estado civil:
Estado físico: Lesões Graves

V2P9 - Dados do Contato

Endereço:
Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROQUELEI ER, matrícula 1736231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com lançamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº E1-06, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novotela/autenticar>, inserindo o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B58F77DAF5A3D614A5F610228C199

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Terexina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Terexina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Terresina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA Nº 01 1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 (X) USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT02; () MOT03
() AA/USB06; () AC/USB07; () BU/USB08; () CN/USB09; () DB/USB10; () MAT/USB011; () PAR/USB12; () SJS13
DATA: 15/10/18 MEDICO REGULADOR: Dr. Louara
ENDEREÇO: BR 316 Nr.
BAIRRO: CIDADE: Caxias UF: ma
PONTO DE REFERENCIA:
NOME: Olisângela de Jesus Xavier Santos SEXO: () M (X) F IDADE: 42 anos

2. HORARIOS	SAIDA DO LOCAL	LOCAL	SAIDA DO LOCAL	DESTINO	SAIDA DO DESTINO	CHEGADA A BASE
	<u>BASE</u>					
	<u>19 h:15 min</u>	<u>19 h:30 min</u>	<u>20 h:04 min</u>	<u>20 h:16 min</u>	<u>20 h:35 min</u>	<u>20 h:49 min</u>

3. SOLICITADO APOIO
() SIM (X) NÃO QUAL:
OUTROS:

4. OCORRÊNCIA COLISÃO CARRO X CARRO

CLASSIFICAÇÃO			
() ACIDENTE DE TRANSITO	() CHOQUE ELÉTRICO	() EMERGENCIA PEDIÁTRICA	() INTOXICAÇÃO
() AFOGAMENTO	() DIABETES DESCOMPENSADO	() EAP	() MAL SÚBITO
() AVC	() DIARRÉIA/VÔMITO	() FAF/FAH	() QUEIMADURA
() ALCOOLISMO	() DOR ABDOMINAL	() URGENCIA OBSTETRICA	() CRISE CONVULSIVA
() AGRESSÃO	() DNV	() IAM	() CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA	() TRANSP. INTERHOSPITALAR	() OUTROS	

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AERIAS SUPERIORES	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	COR
(X) ALERTA	(X) PERMEÁVEIS	(X) NORMAL	(X) PULSO RADIAL	(X) NORMAL
() VERBAL	() NÃO PERMEÁVEIS	() DIFÍCIL	() PULSO CAROTÍDEO	() CIANÓTICO
() DOR	() VÔMITOS	() AUSENTE	() PULSO AUSENTE	() PALIDO
() NÃO RESPONDE	() CORPOS ESTRANHOS	() TIRAGEM	() HEMORRAGIA	

6. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW ADULTO (EGG)

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Nenhuma	() 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incompreensíveis	() 2 - Resposta a dor	() 2 - Descrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras inadequadas	() 3 - Resposta a fala	() 3 - Descoordenação (flexão unormal dos membros superiores)
(X) 4 - Confuso	(X) 4 - Espontânea	() 4 - Retirada
(X) 5 - Orientado		() 5 - Localiza o estímulo doloroso
		(X) 6 - Obedece a comandos verbais

7. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW INFANTIL (EGG)

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Não abre os olhos	() 1 - Nenhuma
() 2 - Grito a dor	() 2 - Com estímulo doloroso	() 2 - Flexão Anormal
() 3 - Choro a dor	() 3 - Com estímulo Auditivo	() 3 - Flexão Normal
() 4 - Choro Irritado	() 4 - Espontaneamente	() 4 - Retirada a Dor
(X) 5 - Balbúcia		() 5 - Retirada ao Toque
		() 6 - Movimentos Espontâneos

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO EGG

(X) 15 Consciente	() 13-14 Trauma leve	() 11-12 Trauma Médio	() 9-10 Trauma Profundo	() 7-8 Coma Superficial	() 5-6 Coma Moderado	() 3-4 Coma Profundo
----------------------	--------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------

9. AVALIAÇÃO DAS PUPILAS

(X) Isocóricas	() Midriase	() Miose	() Anisocóricas	(X) Fotorreagentes	() Não Fotorreagentes
----------------	--------------	-----------	------------------	--------------------	------------------------

10. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

PA (Inicial)	FC (Inicial)	FR (Inicial)	PULSO (Inicial)	Tax°C (Inicial)	GLICEMIA CAPILAR (Inicial)	Sat O ₂ (Inicial)
	<u>103</u>					<u>100%</u>
PA (Final)	FC (Final)	FR (Final)	PULSO (Final)	Tax°C (Final)	GLICEMIA CAPILAR (Final)	Sat O ₂ (Final)

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA

Paciente abordada em via pública; vítima de acidente de trânsito (colisão carro x carro); no momento da abordagem, consciente, lúcida; orientada; apresentando suspeita de fratura em M. II e III do membro superior esquerdo, com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP por nítido alerta.

12. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1.		CID ₁
2.		CID ₂
3.		CID ₃
4.		CID ₄

13. INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

() SIM ☒ NÃO QUAL: _____

14. ÓBITO

() SIM ☒ NÃO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

() RESOLUÇÃO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> UPA CAXIAS	() SOCORRAO P. DUTRA	() LA RAVADIERE	() SANTA CASA
() HGM / CAXIAS	() H. COELHO NETO	() SOCORRAO I - SLZ	() NINA RODRIGUES	() DUTRA
() H. INFANTIL	() MACRO/COROATA	() SOCORRAO II - SLZ	() ALDENORA BELO	() JUVÊNCIO MATOS
() CARMOSINA COUTINHO	() HG TIMBIRAS - MA	() HOSPITAL DA CRIANÇA	() MARLI SARNEY	() BENEDITO LEITE
() CAP'S	() HG PERITORO - MA	() MATERNO INFANTIL	() MACRO/CAXIAS/MA	() OUTROS

16. PROCEDIMENTOS

() OXIGENIO	() CURATIVO	() ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
() INALACAO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZACAO	() MONITORIZACAO	() ACESSO VENOSO CENTRAL
() VENTILACAO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	() CARDIOVERSÃO	() CRICOTIREOIDOSTOMIA POR PUNCAO
<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA	() ENTUBACAO	() TORACOCENTESE
() AMBU	() KED	() DROGAS	() DRENAGEM TORACICA
() RCP	() GUEDELL	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	

17. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após realizada conduta, a mesma foi conduzida a UPA sem intercorrências. Seguiu calma e cooperativa, durante o trajeto, entregue na UPA sem intercorrências.

Luana dos Santos Silva
Téc de EMT
Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Médico

Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Condutor

18. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MEDICO	ENFERMEIRO	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR
		Luana	João

19. IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE

Luana dos Santos Silva
Enfermeira
COREN-MA 000.503.893
Ass. e Carimbo Médico, Enfermeiro e Planificador

16. PERTENCES DO PACIENTE

Descrição _____

Nome do Receptor: _____ Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

Declaro para os devidos fins que recebi atendimento no local da ocorrência pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA, tendo resolatividade local nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável

18. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável

RG: _____
CPF: _____



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA Nº 01 1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 (X) USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT02; () MOT03
() AA/USB06; () AC/USB07; () BU/USB08; () CN/USB09; () DB/USB10; () MAT/USB011; () PAR/USB12; () SJS13
DATA: 15/10/18 MEDICO REGULADOR: Dr. Louara
ENDEREÇO: BR 316 Nr. _____
BAIRRO: _____ CIDADE: Caxias UF: ma
PONTO DE REFERENCIA: _____
NOME: Olisângela de Jesus Xavier Santos SEXO: () M (X) F IDADE: 42 anos

2. HORARIOS
SAÍDA DO LOCAL LOCAL SAÍDA DO LOCAL DESTINO SAÍDA DO DESTINO CHEGADA À BASE
(BASE)
19 h:15 min 19 h:30 min 20 h:04 min 20 h:16 min 20 h:35 min 20 h:49 min

3. SOLICITADO APOIO
() SIM (X) NÃO QUAL: _____
OUTROS: _____

4. OCORRÊNCIA COLISÃO CARRO X CARRO

CLASSIFICAÇÃO
() ACIDENTE DE TRANSITO () CHOQUE ELÉTRICO () EMERGENCIA PEDIÁTRICA () INTOXICAÇÃO
() AFOGAMENTO () DIABETES DESCOMPENSADO () EAP () MAL SÚBITO
() AVC () DIARRÉIA/VÔMITO () FAF/FAH () QUEIMADURA
() ALCOOLISMO () DOR ABDOMINAL () URGENCIA OBSTETRICA () CRISE CONVULSIVA
() AGRESSÃO () DNV () IAM () CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA () TRANSP. INTERHOSPITALAR () OUTROS

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA VIAS AERIAS SUPERIORES RESPIRAÇÃO CIRCULAÇÃO COR
() ALERTA (X) PERMEÁVEIS (X) NORMAL (X) PULSO RADIAL (X) NORMAL
(X) VERBAIS () NÃO PERMEÁVEIS () DIFÍCIL () PULSO CAROTÍDEO () CIANÓTICO
() DOR () VÔMITOS () AUSENTE () PULSO AUSENTE () PALIDO
() NÃO RESPONDE () CORPOS ESTRANHOS () TIRAGEM () HEMORRAGIA

6. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW ADULTO (ECG)
MELHOR RESPOSTA VERBAL ABERTURA DOS OLHOS MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma () 1 - Nenhuma () 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incompreensíveis () 2 - Resposta a dor () 2 - Descrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras inadequadas () 3 - Resposta a fala () 3 - Desorientação (flexão unormal dos membros superiores)
(X) 4 - Confuso (X) 4 - Espontânea (X) 4 - Retirada
() 5 - Orientada (X) 6 - Obedece a comandos verbais

7. EXAME NEUROLÓGICO - ESCALA DE GLASGOW INFANTIL (ECG)
MELHOR RESPOSTA VERBAL ABERTURA DOS OLHOS MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma () 1 - Não abre os olhos () 1 - Nenhuma
() 2 - Grito a dor () 2 - Com estímulo doloroso () 2 - Flexão Anormal
() 3 - Choro a dor () 3 - Com estímulo Auditivo () 3 - Flexão Normal
() 4 - Choro Irritado () 4 - Espontaneamente () 4 - Retirada a Dor
() 5 - Balbúcia () 6 - Movimentos Espontâneos

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO ECG
(X) 15 () 13-14 () 11-12 () 9-10 () 7-8 () 5-6 () 3-4
Consciente Trauma leve Trauma Médio Trauma Profundo Coma Superficial Coma Moderado Coma Profundo

9. AVALIAÇÃO DAS PUPILAS
(X) Isocóricas () Midriase () Miose () Anisocóricas (X) Fotorreagentes () Não Fotorreagentes

10. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA
PA (Inicial) FC (Inicial) FR (Inicial) PULSO (Inicial) Tax^oC (Inicial) GLICEMIA CAPILAR (Inicial) Sat O₂ (Inicial)
103
PA (Final) FC (Final) FR (Final) PULSO (Final) Tax^oC (Final) GLICEMIA CAPILAR (Final) Sat O₂ (Final)
100%

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA
Paciente abordada em via pública; vítima de acidente de trânsito (colisão carro x carro); no momento da abordagem consciente, lúcida; orientada; apresentando suspeita de fratura em M. II e III do membro superior esquerdo com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP por ser nítido aberto.

12. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1.		CID ₁
2.		CID ₂
3.		CID ₃
4.		CID ₄

13. INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE

() SIM ☒ NÃO QUAL: _____

14. ÓBITO

() SIM ☒ NÃO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

() RESOLUÇÃO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> UPA CAXIAS	() SOCORRAO P. DUTRA	() LA RAVADIÈRE	() SANTA CASA
() HGM / CAXIAS	() R. COELHO NETO	() SOCORRAO I - SLZ	() NINA RODRIGUES	() DUTRA
() H. INFANTIL	() MACRO/COROATA	() SOCORRAO II - SLZ	() ALDENORA BELO	() JUVÊNCIO MATOS
() CARMOSINA COUTINHO	() HG TIMBIRAS - MA	() HOSPITAL DA CRIANÇA	() MARLI SARNEY	() BENEDITO LEITE
() CAP'S	() HG PERITORO - MA	() MATERNO INFANTIL	() MACRO/CAXIAS/MA	() OUTROS

16. PROCEDIMENTOS

() OXIGENIO	() CURATIVO	() ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
() INALACAO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZACAO	() MONITORIZACAO	() ACESSO VENOSO CENTRAL
() VENTILACAO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	() CARDIOVERSÃO	() CRICOTIREOIDOSTOMIA POR PUNCAO
<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA	() ENTUBACAO	() TORACOCENTESE
() AMBU	() KED	() DROGAS	() DRENAGEM TORACICA
() RCP	() GUEDELL	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	

17. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após realizada conduta, a mesma foi conduzida a UPA sem intercorrências. Seguiu calma e cooperativa, durante o trajeto, entregue na UPA sem intercorrências.

Luana dos Santos Silva
Téc de EMT
Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Médico

Ass. e Carimbo Enfermeiro

Ass. e Carimbo Condutor

18. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MEDICO	ENFERMEIRO	TECNICO DE ENFERMAGEM	CONDUTOR
		Luana	João

19. IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE

Luana dos Santos Silva
Enfermeira
COREN-MA 000.503.893
Ass. e Carimbo Médico, Enfermeiro e Planificador

16. PERTENCES DO PACIENTE

Descrição _____

Nome do Receptor: _____ Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

Declaro para os devidos fins que recebi atendimento no local da ocorrência pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA, tendo resolatividade local nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável

18. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 192 - CAXIAS/MA nesta oportunidade.

Assinatura do paciente ou responsável

RG: _____
CPF: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000093949-9

Nr. da Autenticação 8FC44F06DE5D73A8



COMPANHIA ELETRICA DO PIAUI
R. Maranhão 759 - Centro - Teresina - PI
CNPJ nº 04.474.880/0001-99 (Associação de Utilizadores
de Energia Elétrica do Estado do Piauí - AUEP)
Regist. no CNPJ de Imposto de Renda nº 04/78

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0482124-6

Nº da Nota Fiscal: 015188580

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de Junho de 2002

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	26/12/2018	59	35,30

ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
R. CASTELO DO PIAUI 4204 4204 MEMORARE
CPF: 00092393292349
CEP: 64.009-330 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	7009	Atual:	18/12/2018
Anterior:	6950	Anterior:	20/11/2018
Consumo Multiplicado:	1,000	Próxima Leitura:	16/01/2019
Consumo Medido:	59	Encargos:	17/12/2018
Consumo Faturado:	59	Arrecadação:	18/12/2018

NORMAL

Classificação	Ligação	Número Medidor	Potência	Código Post.	Mês 12 meses
RESID. EX. RENDA - MONO		41300245		17/1	66

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/18 94	CONSUMO 30 A R\$ 0,292477 = 8,77
OUT/18 43	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 29 A R\$ 0,501402 = 14,54
SET/18 51	DIFERENÇA DE TARIFA 2,94
AGO/18 44	SUBVENCAO BAIXA RENDA 27,48
JUL/18 57	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 19,17
JUN/18 69	MULTA POR ATRASO (2X) 0,24
MAI/18 71	JUROS POR ATRASO (2X) 1,25
ABR/18 76	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,09 0,25
MAR/18 83	
FEV/18 73	
TARIFA SEM DESCONTOS:	
0 A 30 - 0,260999	
31 A 59 - 6,300377	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/ano Valor R\$
08/2017 32,87
***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS *****
Informamos existência de débitos vencidos no valor de R\$
XXXXXXXX,00 (sem acréscimos) até esta data. Caso o(s)
debtado(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR-
ME RESOLUCAO ANEL 2.490/2018.
LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO RSCD 22BE.6A61.EA9C.B041.424C.A9DA.77B6.2BD7

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	20,11	Base de Cálculo:	50,79
Energia:	19,21	Alíquota IUMS	22,00%
Transmissão:	3,02	Valor do Imposto:	11,17
Encargos:	3,06	Valor do FIP	0,75
Tributos:	15,39	Valor do CONTRIB	3,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,08
------	-------	-------	------	------	-------	------

J CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

DPVAT

TIM S.A.
Rua Leonardo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0004-08 - IE: 194445895
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



R\$ 44,99

VENCIMENTO

20/01/2019

EMIÇÃO: 02/01/2019

POSTAGEM: 14/01/2019

FATURA: 3642683718

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076142

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801
CRISTO REI
64014-320 - TERESINA - PI

IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 20/01/2019, a fatura poderá ser paga até o dia 23/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado.

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/DEZ A 31/DEZ

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Music

TIM Banca Virtual

Desconto Serviços VAS TIM Controle

Desconto Franquia TIM Controle

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

Incluído

Incluído

-5,25

-9,75

Total de Mensalidades

44,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,20
ICMS	30%	R\$ 29,44	R\$ 8,83	FUNTEL:	R\$ 0,10
INSCOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
INSCOFINS - Serviços Mto Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
 Incluídos no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 39,19
SVA	R\$ 20,80
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -9,75
Desconto(s) SVA	R\$ -5,25



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
02/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
20/01/2019

VALOR
R\$ 44,99

VIA BANCO

84690000000 - 7 44990109011 - 7 00364268371 - 2 80093635491 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



TIM S.A.
Rua Leonardo Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0001-11 - LE: 194445895
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 44,99

VENCIMENTO

20/01/2019

EMIÇÃO: 02/01/2019

POSTAGEM: 14/01/2019

FATURA: 3642683718

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076142

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801
CRISTO REI
64014-320 - TERESINA - PI

IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Prezado cliente, excepcionalmente este mês para o vencimento 20/01/2019, a fatura poderá ser paga até o dia 23/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Para os demais vencimentos o prazo de pagamento permanece inalterado.

RESUMO DA SUA CONTA DE 01/DEZ A 31/DEZ

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle B Plus

R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle B Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Music

TIM Banca Virtual

Desconto Serviços VAS TIM Controle

Desconto Franquia TIM Controle

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

59,99

Incluído

Incluído

-5,25

-9,75

44,99

Total de Mensalidades

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.

ICMS

INSCORFINS - Serviços Telecom

INSCORFINS - Serviços Mto Telecom

ALÍQUOTA

30%

3,63%

9,25%

BASE DE CÁLCULO

R\$ 29,44

VALOR

R\$ 8,83

FUNTEL

R\$ 0,10

FUST

R\$ 0,20

FUNTEL

R\$ 0,10

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)

R\$ 39,99

SVA

R\$ 20,00

Descontado Franquia(s)

R\$ -9,75

Descontado SVA

R\$ -5,25

Em atendimento a Lei 12.741/2012

As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas aos tarifas

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
02/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
20/01/2019

VALOR
R\$ 44,99

VIA BANCO

84690000000 - 7 44990109011 - 7 00364268371 - 2 80093635491 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Id de identificação de documento: 84690000000

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 121 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 folha 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 Alexandre De Jesus Salsão Sousa Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elisângela de Jesus Xavier Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elisângela de Jesus Xavier Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Félix Filho</u>	Número: <u>1801</u>	Complemento:
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64014-320</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99970-3592</u>

Local e Data: Teresina-PI, 23 de Janeiro de 2019

Alexandre De Jesus Salsão Sousa Junior

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 121 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 folha 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 COAF¹.

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 Alexandre De Jesus Salsão Sousa Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763, 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elisângela de Jesus Xavier Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923, 49

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elisângela de Jesus Xavier Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 923.932.923, 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Félix Filho</u>	Número: <u>1801</u>	Complemento:
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64014-320</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99970-3592</u>

Local e Data: Teresina-PI, 23 de Janeiro de 2019

Alexandre De Jesus Salsão Sousa Junior

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

dos 1ª soma
NOME: Episângela de Jesus Xavier DATA ATENDIMENTO: 15/10/18
CARTÃO SUS: _____ HORA: 20:19
DATA DE NASCIMENTO: 22 anos SEXO: () M (X) F

NOME DA MÃE: n. S
ENDEREÇO: n. S BAIRRO: Carolina P.I. CEP: _____ CIDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito

HISTÓRIA BREVE: _____ CID: _____

OBSERVAÇÃO OBJETIVA: AV Ortopedia
Acidente entre os ceros e ceros, não
do no tronco, cabeça, pernas e joelhos
e coluna L4/L5. Sem les.

DADOS VITAIS: PA: _____ T.: _____ FR.: 57 PULSO: 100 DOR: 109

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O Paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência da dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Dor leve = 1 a 3 / 10 - Dor moderada = 4 a 7 / 10 - Dor intensa = 8 a 10 / 10

AZUL () VERDE () AMARELA () LARANJA () VERMELHA (X)

DROGAS: _____

ALERGIAS: _____

DOENÇAS PREEXISTENTES: - / - / -

CONDUITA INICIAL: _____

REAValiação: _____ HORA: 20:30

NOME DO ENFERMEIRO: Luana Lima

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

Interação:	2321875	Dt. Internação:	16/10/18 19:00:44	Sector:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS				ESPERA 03
Nascimento:	14/06/76 42a 4m 2d			Acomodação:	
Estado Civil:			982028158	Diana:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA		3360.6803.		
R.G./C.N.	155.7463		923.932.923-49		
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3856 BUENOS AIRES	TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER				ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
Procedimento:				Funcionário:	LUANAJ
Responsável:					
Endereço:					
Nascimento:	14/06/1976				
Fone Resp:					
Médico Resp:	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6596)				Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 5º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, estando em pleno gozo de representante legal do (a) paciente _____, minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM () nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou

responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento de autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Número: 2321875

Conteúdo: PLAMTA

Especialidade origem: Clínica Geral

Especialidade destino: Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR À MOBILIZAÇÃO DE MIE

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

Data : 16/10/2018 21:19:53


Alton Gomes de Castro
CRM 6513

Resposta parecer:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO, APRESENTA DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL, RAIO X COM FRATURA DE FEMUR

CD IMOBILIZAÇÃO

SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO A SER REALIZADO HOJE AS 17H

Data : 17/10/2018 11:40:21

45
Dr. Kairó Lima
CRM 4144


Dr. Kairó Lima
CRM 4144



Descrição Cirurgia

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
 Prontuário: 500.395
 Dt. Nasc.to: 14/06/1976 42
 Sexo: Feminino
 Telefone: 982028158
 Carácter Clr.: Urgência
 Setor: Centro Cirúrgico I - HSM
 Convênio: PLAMTA
 Observação:
 Proced Princ.: 30725127 Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Cirurgião: 43.153
 Primeiro Auxiliar: 1.854.194
 Anestesiologista: 2.321.875
 Dt. Início: 17/10/2018 17:35
 Dt. Término: 17/10/2018 19:02
 Duração: 87
 Cirurgião: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
 Anestesiologista: Diego Nunes de Oliveira
 Anestesia: Raquidiana

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI: 4926

Procedimento: 30726123 - Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura	Quantidade
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima		
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia		
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia		
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho		
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia		
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377		

Quantidade: 1

Procedimento: 30726127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima	
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia	
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho	
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia	
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377	

Quantidade: 1

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

1. pct ddh sob anestesia
2. assepsia + antessepsia MIE
3. acesso lateral à coxa ESQ
4. redução de fratura
5. fixação da fratura com placa bloqueada e parafusos
6. controle radiografico + revisao de hemostasia
7. lavagem com SF0,9% + sutura por planos + curativo

Dr. Kairo Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 4144

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nasci	14/06/1976	Setor	Centro Cirúrgico I - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMT2	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cod usuário	33806803	Início cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Atendimento	3321675	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09
Prontuário	500358	Cirurgia	43153

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Aspirador	1	ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Bisturi Elétrico	1		
Cabo de acesso	1		
Equipamento Captura - HSM	1		
Monitor cardíaco	1		
Oxigênio	1		
Perfurador Elétrico	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/10/2018 17:35	17/10/2018 18:22	Técnico de			ONEDIA CASTELO	COREN 130601PI
RECEBO PACIENTE NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, AVP NO MSD, FUNCIONANTE, MIE EM TALA, PRONTUÁRIO ANEXO SEM EXAMES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM, HAS, ESTÁ EM JEJUM. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUI FEITA PELO ANESTESISTA DR. DIEGO, PACIENTE MONITORIZADA. INICIADO						
17/10/2018 18:25	17/10/2018 21:23	Técnico de			MARIA KALINE ALVES	COREN 1274321
PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA EM POI DE FRATURA DE FEMUR, SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE DE O ₂ , COM PRONTUÁRIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.						
17/10/2018 21:25	17/10/2018 21:25	Técnico de			JOSANIA MARIA	COREN 45670
PACIENTE RECEBEU ALTA DA SRPA PARA O RX E PÓS PARA A ACOMODAÇÃO NO POI DE FRATURA DE FEMUR, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COM AVP, DIURESE ESPONTÂNEA, PRONTUÁRIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.						

Eventos

Data	Evento	Profissional	Código prof
17:30	Chegada do paciente no Centro Cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:35	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:40	Início da Anestesia	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:45	Início do procedimento cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
19:02	Fim do procedimento cirúrgico	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
19:15	Término da anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
19:25	Encaminhamento p/ SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21:25	Saida do Sero CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45670

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas E/Os Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA
Circulante

01 - placa bloqueada Mts femur 12.5 Esquerda.

05 - fufus bloqueados 6.0 x 65, 5.0 x 75.

02 - fufus autossignets 4.5 x 32

02 - fufus autossignets 4.5 x 34

01 - fio de kirsch 1.5

01 - fio de kirsch 2.0

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**Atendimento **2.321.875**Data Nasc. **14/06/1976** 42 AnosProntuário **500395**Sexo **F**Clínica **PLAMTA**Telefone **982028153**Data Real **17/10/2018 17:00**Procedimento Principal **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**Data Real **17/10/2018 17:35**Médico Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**Duração **60**Médico Anestesiologista **Diego Nunes de Oliveira**Cirurgia Nº **43153**

Medicamentos

	Unidad. Medid.	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	amp	3
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Fentanil Espinhal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL	amp	1
Neocizina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)	amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL	amp	1

Materiais

	Unidad. Med.	Quantidade
Agulha 25x7 Desc.	un	1
Agulha 40x12 Desc.	un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	5
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	10
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	15
Eletrodo Descartável	un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pac	5
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	4
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	2
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
SPINOCAN G26 (AGULHA P/ RAQUÍD)	un	1
Transfix	un	1
Vicryl 0 J352H	env	2
Vicryl 1 J353H	env	3
Vicryl 2-0 J351H	env	2

Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nascto **14/06/1976**
 Idade **42 anos**
 Sexo **Feminino**
 Convênio **PLAMTA**
 Cód usuário **33606803**
 Atendimento **2321875**
 Prontuário **500395**

DI. Entrada **16/10/2018**
 Setor **Posto Pássaros - HSM**
 Cir Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
 Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
 Anestésista **Diego Nunes de Oliveira**
 Tipo anestesia **Raquiidiana**
 Início cirurgia **17/10/2018**
 Fim cirurgia **17/10/2018**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-MG 4926

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Vel / dose	Medic	Hal insp	Dose total	Bólus	Início	Final
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco-		S		13:46	
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bolsa		S		17:38	
		1 Bolsa		S		13:12	
		1 Bolsa		S		13:47	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco-		S		17:41	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2 Litros por minuto		N		17:41	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S		13:46	
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		S		13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/ 5 mL	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/mL - 1	1 Ampola		S		17:43	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S		17:39	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S		17:38	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	1 Ampola		S		17:38	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	SaO ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07 Sinusal	100	130	67	88			99						
19:00 Sinusal	100	130	67	88			99						
18:50 Sinusal	99	115	67	83			99						
18:39 Sinusal	96	120	80	93			99						
18:30 Sinusal	96	100	80	86			99						
18:20 Sinusal	99	120	87	98			99						
18:09 Sinusal	97	120	87	98			99						
17:59 Sinusal	106	110	78	88			99						
17:50 Sinusal	100	120	80	93			99						
17:40 Sinusal	100	150	90	110			99						

Descrição

Tipo **Anestesia**
 Adendo
 1 MONITORIZAÇÃO
 2 RAQUI = L3/L4 COM AGULHA 26G + BUPIVACAÍNA PESADA 15 MG+ MORFINA 80 MCG
 3 CEFAZOLINA 2 G
 4 TRANSAMIN 3 AMPOLAS
 5 DEXAMETASONA 10 MG
 6 DIPIRONA 2G
 7 BEXTRA 40 MG
 8 ONDANSETRONA 4 MG
 9 EFEDRINA 50 MG

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose	Endo consumido	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Impresso em 17/10/2018 19:11:15

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

Página 1

WAT:61440

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Setor: Centro Cirúrgico I - HSM

PARDA

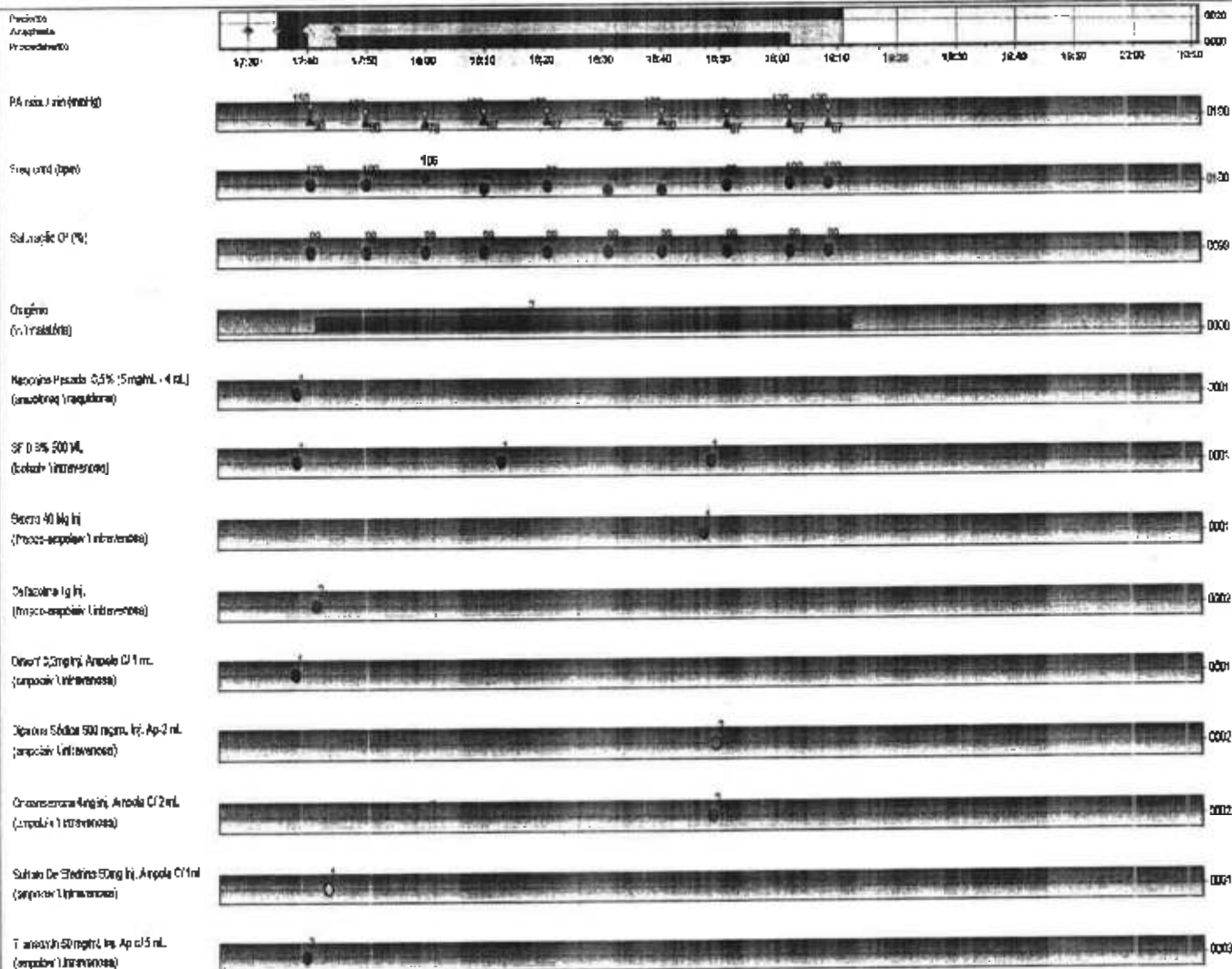
Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Data Nasco **14/06/1976**
Idade **42 anos**
Sexo **Feminino**
Convênio **PLAMTA**
Cód usuário **33605803**
Atendimento **2321875**
Prontuário **500395**

Dt. Entrada **16/10/2018**
Setor **Posto Pássaros - HSM**
Cir. Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
Anestesiologista **Diego Nunes de Oliveira**
Tipo anestesia **Raquidiana**
Início cirurgia **17/10/2018 17:35:00**
Fim cirurgia **17/10/2018 19:02:09**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-P: 4925



Impresso em: 17/10/2018 19:11:17

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

Página 1

WATE66008

ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Centro Cirúrgico I - HSM

PARD

ITEM		NOTA	ADM	40'	1H	2H	3H
Atividade	Move 04 membros	2					
	Move 02 membros	1	1				1
	Move 0 membros	0					0
Respiração	Profunda	2					
	Limitada, dispnéia	1	2				2
	Apnéia	0					0
Consciência	Completamente acordado	2					
	Despertado ao chamado	1	2				2
	Não responde ao chamado	0					0
Circulação	PA \pm 20% do nível pré-anestésico	2					
	PA \pm 20 a 49% do nível pré-anestésico	1	2				2
	PA \pm 50% do nível pré-anestésico	0					0
SpO ₂	Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente	2					
	Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂	1	2				2
	Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂	0					0
SOMA			3				3



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **2990**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)**
 Setor **Sala de Espera - HSM**
 CID **W17** **Outr quedas de um nível a outr**
 Diretor Técnico Médico:

Alendimento: **2.321.875** **500.395**
 Convênio: **PLAMTA / APARTAMENTO**
 Liberação: **16/10/2018 19:19:21** **1851078**
 Data Presc: **16/10/2018 19:14:00**
 Validade: **16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto: **ESPERA 03**

PARDAL

Dietas **ZERO** Dose Intervalo

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via	Horários
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
2 Ringer C/ Lactato Frasco (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1	Ampola 3x ao dia IV	20 04
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml)	1	Ampola ACM IV	
Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1	Ampola 6/6 h. IV	00 06 12
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)			
Observação:			
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1	Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV	22 10
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos			
Observação:			
Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1	Ampola ACM IV	
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 Creatinina	1 Vez	20	Soro
2 Hemograma	1 Vez	20	Sangue
3 Uréia	1 Vez	20	Soro
4 RX Tórax - 1 Incidência	1 Vez	20	
5 RX Coluna Cervical - 3 Incidências	1 Vez	20	
6 RX Joelho	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
7 RX Articulação Coxofemoral (Quadril)	1 Vez	20	
8 RX Coxa	1 Vez	20	
Lado: Esquerdo			
9 HGT	ACM	ACM	



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM
 Prescritor Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)
 Setor Sala de Espera - HSM
 CID W17 Outr quedas de um nível a outr

Atendimento 2.321.875
 Condicionamento PLANTA / APARTAMENTO
 Liberação 16/10/2018 19:19:21 1351076
 Data Presc 16/10/2018 19:14:00
 Validade 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
 Letra/Quilô ESPERA 03

0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

ACM 1 Vez
 ACM 20

Renan Delano G Brito
 Renan Delano Gomes Brito
 CRM 4100

dieta líquida os 09:30 e zero as 10:00hs- nutrição ci ente
 kalia



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **Elson Gomes da Castro (CRM 6813)**
Setor **Sala de Espera - HSM**
CID **W17 Outr quedas de um nível a outr**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento 2.321.875 500.385
Contorno PLANTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 21:42:51 1851286
Data Presc 16/10/2018 21:41:00
Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra Quarta ESPERA 03

Medicamentos

13 Saki Xpe Fr (2mg/ml-120ml)

D Dose / Intervalo / Via
20 Mililitros 3x ao dia VO

Horário
22 06 14

Observação:


Elson Gomes da Castro
CRM 6813



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 2d
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **ITALO LUSTOSA ROLIM (CRM 5638)**
Guia **33606803**
Diretor Técnico Médico

2.321.875 500.395
Convênio
Liberação
Data Prescr
Validade
Senha
PLANTA / APARTAMENTO
16/10/2018 20:33:12 Prescrição 1651210
16/10/2018 20:32:00
16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Agora.

Revisão

Italo Lustosa Rolim
CRM 5638



2321875

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 4d Peso:
Data Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp: Dr. KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Prescritor: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA
Setor: Posto Pássaros - HSM
CID: S72.4 Frat da extremidade distal do fêmur
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 2.321.875
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 18/10/2018 11:21:48
Data Presc: 18/10/2018 11:20:00
Validade: 18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59
Leito/Quarto: PARDAL

Prontuário: 500.395

Prescrição: 1856418

Medicamentos:

20 Enoxaparina 40mg Inj. Seringa Preenchida G/0.4ml

1 Seringa 1x Tarde SC

Horários

14

Observação:

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Flusíagela de Jesus Xavier Santos	14/08/1975	42 Anos	Quilô Familiar	RUA CASTILHO DO PIAUÍ, 3956 BLENOS AIRES TIRESINA PI PLANTA	Ponto Passarela - HSM	Próximo Hospital	
18/10/2018 11:52	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Kefazol Ig Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 18/10/2018 12:00:00							
18/10/2018 11:52	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 18/10/2018 12:00:00							
18/10/2018 11:52	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 18/10/2018 12:00:00							
18/10/2018 11:52	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 18/10/2018 12:00:00							
18/10/2018 11:52	FLÁVIA APOLÔNIO DE OLIVEIRA						
Paciente segue em ALTA HOSPITALAR, após ser reavaliado pelo Dr. Kairo Aldaltrudes.							
CD: ALTA HOSPITALAR A PARTIR DAS 19:00HS.							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Via: VO Da prescrição: 18/10/2018 14:00:00							
18/10/2018 12:00	ANA MARIA RIBEIRO GOMES						
Administrado medicamento: Seli Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml							

[illegible]

Paciente	ELISA REGINA DE JESUS KAVIER SANTOS	Assistência	2321875		
Data Nasc	14/03/1978	42 Anos	503915		
Endereço	RUA CASTELO DO PAULI, 3850 RUJOS AIRES TURF SINAI PI	Data Exame	18/10/2018 19:00		
Contato	PI 44772	Data Exame	18/10/2018 21:00		
Sócio Assist	Posso Passar por - 151m	Unidade	PARDAL		
Data	DO	Classificação	Definição	Classificação	Definição
18/10/2018	S724	S72.4 For de ext emite can d sa do renal			
Medicamentos Administrados					
Medicamento	Posologia	Data Us	ACM	BN	Comentário
Seki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	17/10/18 23:39:18	20 VO			JULIANE NEVES FERREIRA
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 06:23:26	20 VO			PATRICIA MARIA PEREIRA
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 13:43:41	20 VO			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	17/10/18 23:38:55	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	18/10/18 06:23:10	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Idamg 100 mg/2 mL 100 mg/2 mL	18/10/18 11:53:07	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
KEFAZOL 1G INJ.	17/10/18 23:38:42	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 06:22:43	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 11:32:50	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Dipirona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	18/10/18 06:23:16	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	18/10/18 11:33:02	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 23:39:09	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Profend Iv Fr 100mg Inj	18/10/18 09:42:53	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	17/10/18 23:38:48	1 IV			ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	18/10/18 06:25:00	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	18/10/18 11:32:56	1 IV			PATRICIA MARIA PEREIRA
Dipirona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV	ACM	BN	ANA MARIA RIBEIRO GOMES
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 18:45:27	1 IV			JULIANE NEVES FERREIRA
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	17/10/18 15:45:16	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ
Clonidino de Ranitidina Inj Ap	17/10/18 18:45:28	1 IV			VITORIA FORTES DINIZ

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Data Nasc: 14/06/1976 42 Anos
Sexo: Feminino
Telefone: 982028158
Leito: PARDAL

Atendimento: 2.321.875
Planta: 500.395
Data e Hora: 18/10/2018 19:00:44
Local: PLANTA APARTAMENTO

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2018 11:11	Médico	Evolução/Anamnese		KAIRO ALDETRUD ES DE ARAUJO LIMA SANTOS	CRM 4144

Evolução/Anamnese Internação

W17 - Outr quedas de um nível a outr
120/ 80
100

EVOLUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PR 4144 TEP 4875


Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Atendimento	2.321.875	Prontuário	500.395
Data Nasc.	14/05/1976 42 Anos	Dr. Entrada	16/10/2018 19:00:44		
Sexo	Feminino	Convênio	PLAMTA		
Sede	Posto Pássaros - HSM	Apartamentos	PARDAL		
		Leitos			

Data Alta	19/10/2018 11:13:38		
Profissional	Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos	Tipo Sumário	Alta
Motivo Alta	Alta melhorado		
Sede			
Responsável Alta	Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos		
Necropsia			
Causa da Morte			

Resumo

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

 **Dr. Kairo Lima**
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM 47.814-3 RQE 14675

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

18:10:18 - 19:10:10

5201 E3

Impresso em	20/10/2018 08:34:19	Página 1	RYOHELLY	CATEISI
Develop:				Sanvar

FICHA DE ATENDIMENTO

dos 1ºs
NOME: Episângela de Jesus Xavier DATA ATENDIMENTO: 15/10/18
CARTÃO SUS: _____ HORA: 20:19
DATA DE NASCIMENTO: 22 anos SEXO: () M (x) F

NOME DA MÃE: n. S
ENDEREÇO: n. S BAIRRO: Carolina P.I. CEP: _____ CIDADE: _____

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito

HISTÓRIA BREVE: _____ CID: _____

OBSERVAÇÃO OBJETIVA: AV Ortopedia
Acidente entre as pernas e pernas, não
do no tronco, cabeça, pernas e joelhos
e coluna L4/L5. Sem lesão

DADOS VITAIS: PA: _____ T.: _____ FR.: 57 PULSO: 100 DOR: 109

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O Paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência da dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA
Dor leve = 1 a 3 / 10 - Dor moderada = 4 a 7 / 10 - Dor intensa = 8 a 10 / 10
AZUL () VERDE () AMARELA () LARANJA () VERMELHA (x)

DROGAS: _____

ALERGIAS: _____

DOENÇAS PREEXISTENTES: - / - / -

CONDUTA INICIAL: _____

REAValiação: _____ HORA: 20:30

NOME DO ENFERMEIRO: Luana Lima

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

FICHA DE ATENDIMENTO

Interação:	2321875	Dt. Internação:	16/10/18 19:00:44	Sector:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS				ESPERA 03
Nascimento:	14/06/76 42a 4m 2d			Acomodação:	
Estado Civil:			982028158	Diana:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA		3360.6803.		
R.G./C.N.	155.7463		923.932.923-49		
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3856 BUENOS AIRES	TERESINA PI			
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER				ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
Procedimento:					
Responsável:				Funcionário:	LUANAJ
Endereço:					
Nascimento:	14/06/1976				
Fone Resp:					
Médico Resp:	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6596)				Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 5º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, estando em pleno gozo de representante legal do (a) paciente _____, minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM () nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou

responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento de autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

Tereseide Maria de Jesus de Lima
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Identificação: **2321875**

Conteúdo: **PLAMTA**

Especialidade origem: **Clínica Geral**

Especialidade destino: **Ortopedia / Traumatologia**

Motivo da Consulta:

**ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR À MOBILIZAÇÃO DE MIE**

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

Data : 16/10/2018 21:19:53


Alton Gomes de Castro
CRM 6513

Resposta parecer:

**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO , COM TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO,
APRESENTA DOR , EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL , RAO X COM FRATURA DE FEMUR**

CD IMOBILIZAÇÃO

SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO A SER REALIZADO HOJE AS 17H

Data : 17/10/2018 11:40:21


Dr. Kairó Lima
CRM 4146





Descrição Cirurgia

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
 Prontuário: 500.395
 Dt. Nasc.to: 14/06/1976 42
 Sexo: Feminino
 Telefone: 982028158
 Carácter Cir.: Urgência
 Setor: Centro Cirúrgico I - HSM
 Convênio: PLAMTA
 Observação:
 Proced Princ.: 30725127 Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Cirurgião: 43.153
 Primeiro Auxiliar: 1.854.194
 Anestesiologista: 2.321.875
 Dt. Início: 17/10/2018 17:35
 Dt. Término: 17/10/2018 19:02
 Duração: 87
 Cirurgião: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
 Anestesiologista: Diego Nunes de Oliveira
 Anestesia: Raquidiana

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI: 4926

Procedimento: 30726123 - Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura	Quantidade
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima		
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia		
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia		
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho		
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia		
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377		

Quantidade: 1

Procedimento: 30726127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Lima	
3	Primeiro Auxiliar	6155	Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	
4	Segundo Auxiliar	392600	Eduardo Soares de Oliveira	4074	Ortopedia e Traumatologia	
5	Anestesiologista	395000	Diego Nunes de Oliveira	4926	Dr. Miguel Angelo Reis Filho	
6	Instrumentador	401911	JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Ortopedia e Traumatologia	
7	Circulante	529312	JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	CRM-PI 4369 TEOT 14377	

Quantidade: 1

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

1. pct ddh sob anestesia
2. assepsia + antessepsia MIE
3. acesso lateral à coxa ESQ
4. redução de fratura
5. fixação da fratura com placa bloqueada e parafusos
6. controle radiografico + revisao de hemostasia
7. lavagem com SF0,9% + sutura por planos + curativo

Dr. Kairo Lima
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI 4144

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nasci	14/06/1976	Setor	Centro Cirúrgico I - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMT2	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cod usuário	33806803	Início cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Atendimento	3321675	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09
Prontuário	500358	Cirurgia	43153

Participantes

Função	Participante	Código prof
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619339
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Tipo curativo	Topografia	Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Aspirador	1	ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Bisturi Elétrico	1		
Cabo de acesso	1		
Equipamento Captura - HSM	1		
Monitor cardíaco	1		
Oxigênio	1		
Perfurador Elétrico	1		

Evolução

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/10/2018 17:35	17/10/18:22	Técnico de			ONEDIA CASTELO	COREN 130601PI
<p>RECEBO PACIENTE NA S.O PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, AVP NO MSD, FUNCIONANTE, MIE EM TALA, PRONTUÁRIO ANEXO SEM EXAMES. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM, HAS, ESTÁ EM JEJUM. SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUI FEITA PELO ANESTESISTA DR. DIEGO, PACIENTE MONITORIZADA. INICIADO</p>						
17/10/2018 18:25	17/10/21:23	Técnico de			MARIA KALINE ALVES	COREN 1274321
<p>PACIENTE ENCAMINHADO PARA SRPA EM POI DE FRATURA DE FEMUR, SOB EFEITO DE ANESTESIA RAQUE, RESPIRANDO EM AA SEM APORTE DE O₂, COM PRONTUÁRIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.</p>						
17/10/2018 21:10	17/10/21:25	Técnico de			JOSANIA MARIA	COREN 45670
<p>PACIENTE RECEBEU ALTA DA SRPA PARA O RX E PÓS PARA A ACOMODAÇÃO NO POI DE FRATURA DE FEMUR, CALMA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COM AVP, DIURESE ESPONTÂNEA, PRONTUÁRIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DA EQUIPE.</p>						

Eventos

Data	Evento	Profissional	Código prof
17:30	Chegada do paciente no Centro Cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:35	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:40	Início da Anestesia	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:45	Início do procedimento cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
19:02	Fim do procedimento cirúrgico	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
19:15	Término da anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
19:25	Encaminhamento p/ SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21:25	Saida do Sero CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45670

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas E/Os Luxações Ao Nível Do Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA
Circulante

01 - placa bloqueada Mts femur 12.5 Esquerda.

05 - parafusos bloqueados 6.0 x 65, 5.0 x 75.

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 32

02 - parafusos autoperfurantes 4.5 x 34

01 - fio de kirsch 1.5

01 - fio de kirsch 2.0

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data Nasc. 14/06/1976 42 Anos

Sexo F

Telefone 982028153

Procedimento Principal Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Médico Cirurgião KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

Médico Anestesiologista Diego Nunes de Oliveira

Atendimento 2.321.875

Prontuário 500395

Clinica PLAMTA

DE Entrada 17/10/2018 17:00

DE Alta 17/10/2018 17:35

Duração 60

Cirurgia Nº 43153



Medicamentos

	Unidad. Medid.	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	amp	3
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cefazolina 1g Inj.	FA	2
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Fentanil Espinhal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL	amp	1
Neocizina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (1000 ml)	Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	3
Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)	amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL	amp	1

Materiais

	Unidad. Med.	Quantidade
Agulha 25x7 Desc.	un	1
Agulha 40x12 Desc.	un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8mt (Rolo)	Rl	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	5
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	10
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	15
Eletrodo Descartável	un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pac	5
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	3
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	4
Luva Cirúrgica Estéril 8,0	Par	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	2
Monocrylon 2-0 1215 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	1
Monocrylon 3-0 163 T	env	2
SERINGA S/AG.05ML	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
SPINOCAN G26 (AGULHA P/ RAQUID)	un	1
Transofix	un	1
Vicryl 0 J352H	env	2
Vicryl 1 J353H	env	3
Vicryl 2-0 J351H	env	2

Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nascto **14/06/1976**
 Idade **42 anos**
 Sexo **Feminino**
 Convênio **PLAMTA**
 Cód usuário **33606803**
 Atendimento **2321875**
 Prontuário **500395**

DI. Entrada **16/10/2018**
 Setor **Posto Pássaros - HSM**
 Cir Realizada **Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico**
 Cirurgião **KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS**
 Anestésista **Diego Nunes de Oliveira**
 Tipo anestesia **Raquiidiana**
 Início cirurgia **17/10/2018**
 Fim cirurgia **17/10/2018**

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-MG 4926

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrolítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Vel / dose	Medic	Hal insp	Dose total	Bólus	Início	Final
Bextra 40 Mg Inj.	Bextra Inj. Fa (40mg)	1 Frasco-		S		13:46	
SF 0,9% 500 ML	Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500	1 Bolsa		S		17:38	
		1 Bolsa		S		13:12	
		1 Bolsa		S		13:47	
Cefazolina 1g Inj.	Cefazolina 1g Inj.	2 Frasco-		S		17:41	
Oxigênio	CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED	2 Litros por minuto		N		17:41	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S		13:46	
Ondansetrona 4mg Inj. Ampola C/ 2 mL	Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		S		13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/ 5 mL	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/mL - 1	1 Ampola		S		17:43	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S		17:39	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S		17:38	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 mL	1 Ampola		S		17:38	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	FC	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	SaO ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07 Sinusal	100	130	67	88			99						
19:00 Sinusal	100	130	67	88			99						
18:50 Sinusal	99	115	67	83			99						
18:39 Sinusal	96	120	80	93			99						
18:30 Sinusal	96	100	80	86			99						
18:20 Sinusal	99	120	87	98			99						
18:09 Sinusal	97	120	87	98			99						
17:59 Sinusal	106	110	78	88			99						
17:50 Sinusal	100	120	80	93			99						
17:40 Sinusal	100	150	90	110			99						

Descrição

Tipo **Anestesia**
 Adendo
 1 MONITORIZAÇÃO
 2 RAQUI = L3/L4 COM AGULHA 26G + BUPIVACAÍNA PESADA 15 MG+ MORFINA 80 MCG
 3 CEFAZOLINA 2 G
 4 TRANSAMIN 3 AMPOLAS
 5 DEXAMETASONA 10 MG
 6 DIPIRONA 2G
 7 BEXTRA 40 MG
 8 ONDANSETRONA 4 MG
 9 EFEDRINA 50 MG

Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose	Endo consumo	Dispensado
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 ml	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Impresso em 17/10/2018 19:11:15

Dr. Diego Nunes de Oliveira (CRM 4926)

Página 1

WAT:61440

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Setor: Centro Cirúrgico I - HSM

PARDA

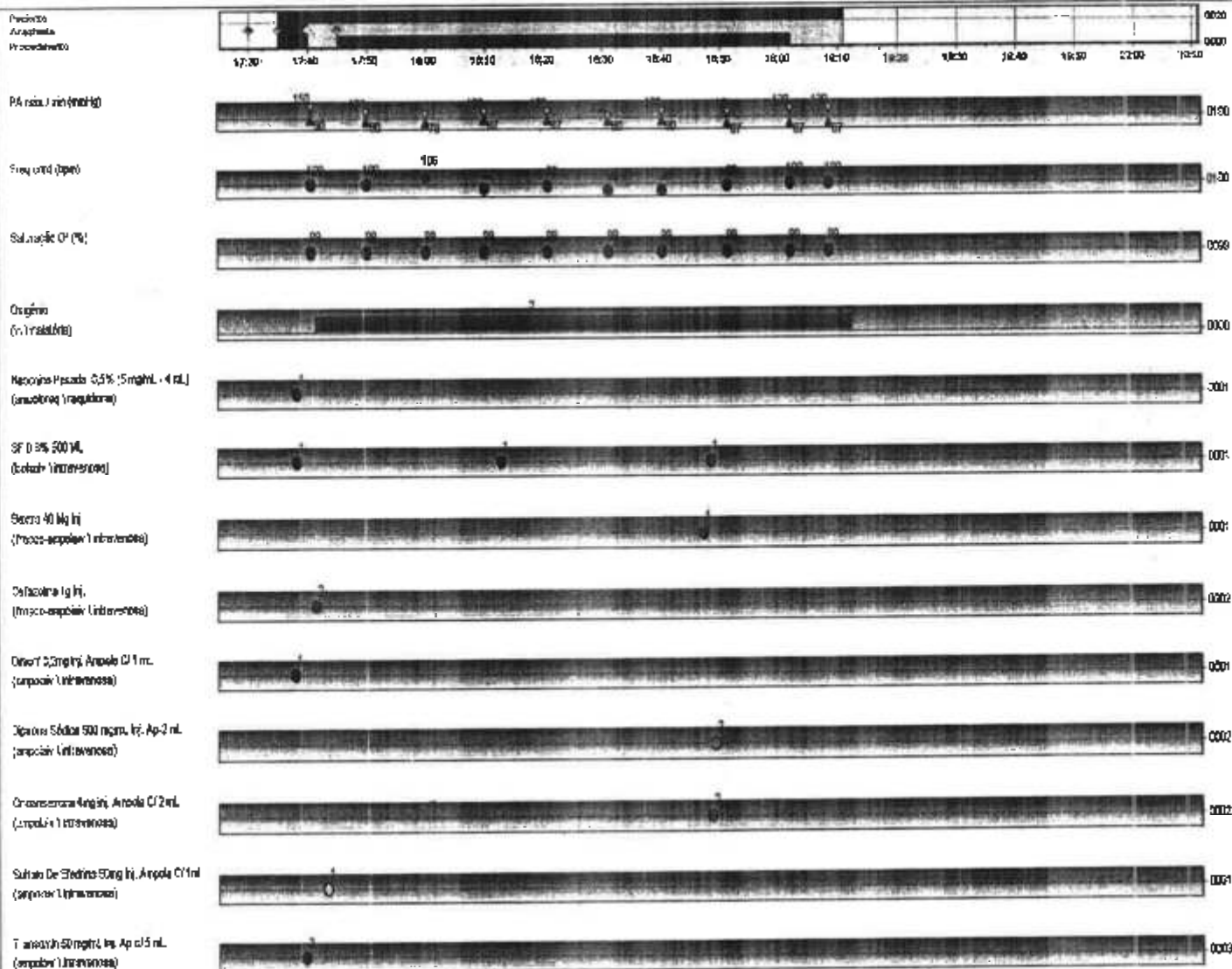
Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Data Nascto	14/06/1976
Idade	42 anos
Sexo	Feminino
Convênio	PLAMTA
Cód usuário	33605803
Atendimento	2321875
Prontuário	500395

Dt. Entrada	16/10/2018
Setor	Posto Pássaros - HSM
Cir. Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Anestesiasta	Diego Nunes de Oliveira
Tipo anestesia	Raquidiana
Início cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-P: 4925



Impresso em: 17/10/2018 19:11:17

Dr. Diogo Nunes de Oliveira (CRM 4926)

WJTF66008

Página 1

ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Centro Cirúrgico I - HSM

FARD

NOME:

Elisângela de Jesus X. Santos

APTO.

CIRURGIA:

Fratura de Femur

ANESTÉSIA

Raqui

INÍCIO

17:35

TÉRMINO

ADMISSÃO:

SRPA

HORA:

VIAS AÉREAS

GASES

ALERGI

O2 l/min

Ligado

Desligado

Catéter []

Intubado []

Máscara []

[]

Admissão na SRPA no PDI de
fratura de femur, em decúbito
dorsal, monitorizada, respirando
pela RA, Responsável no posto de
anestesia no momento:

H
O
R
A
R
I
O

SINAIS VITAIS

BALANÇO

PA

P

F.R.

T

SpO2

DIURESE

GANHOS (G)

PERDAS (P)

SOROS

SANGUE

DIURESE

98.7

BALANÇO (G-P)

VISÃO GERAL DO PACIENTE

ACESSO
VENOSO

Periférico ☒
Subclávia []

Flebotomia []

DRENOS

Tórax D []
Tórax E []

Dreno a Vácuo
Abdominal

SNG []
Gastrostomia []
Traqueostomia []

Sonda Vesical []
Cistostomia []

F.O. - Sangramentos: SIM []

NÃO

MONITORIZAÇÃO

Monitor Cardíaco ☒
Oxímetro ☒
Capnógrafo ☒
P.I.C. ☒

P.A.M.

Peça (s) Cirúrgica (s): Sim [] NÃO ☒

Nº de Páginas

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

ITEM	NOTA	ADM	40'	1H	2H	A
Atividade	Move 04 membros Move 02 membros Move 0 membros	2 1 0	1			2
Respiração	Profunda Limitada, dispnéia Apnéia	2 1 0	2			2
Consciência	Completamente acordado Despertado ao chamado Não responde ao chamado	2 1 0	2			2
Circulação	PA \pm 20% do nível pré-anestésico PA \pm 20 a 49% do nível pré-anestésico PA \pm 50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2			2
SpO2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente Mantém SpO2 > 90% em O2 Mantém SpO2 > 90% em O2	2 1 0	2			2
SOMA			9			12



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **2990**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)**
 Setor **Sala de Espera - HSM**
 CID **W17** **Outr quedas de um nível a outr**
 Diretor Técnico Médico:

Alendimento: 2.321.875 **500.395**
 Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
 Liberação: 16/10/2018 19:19:21 **1851078**
 Data Presc: 16/10/2018 19:14:00
 Validade: 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: ESPERA 03

PARDAL

Dietas Dose Intervalo
 ZERO

Medicamentos D Dose Intervalo Via Horários

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)

1 Frasco ACM IV

Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)

1 " 1 Frasco ACM IV

Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

2 Ringer C/ Lactato Frasco (500 ml)

1 " 1 Frasco ACM IV

Administrar 500 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)

1 Ampola 3x ao dia IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)

Observação:

Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml)

1 Ampola ACM IV

Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)

1 Ampola 6/6 h. IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Administrar 12 Mililitros (6/6 h. Intravenosa)

Observação:

Profenid Iv Fr 100mg Inj.

1 Frasco-ampola 12/12 h (10-22) IV

Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL

1 Ampola ACM IV

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

	Qtd	Intervalo	Horários	Material
1 Creatinina	1 Vez	20		Soro
2 Hemograma	1 Vez	20		Sangue
3 Uréia	1 Vez	20		Soro
4 RX Tórax - 1 Incidência	1 Vez	20		
5 RX Coluna Cervical - 3 Incidências	1 Vez	20		
6 RX Joelho	1 Vez	20		
Lado: Esquerdo				
7 RX Articulação Coxofemoral (Quadril)	1 Vez	20		
8 RX Coxa	1 Vez	20		
Lado: Esquerdo				
9 HGT		ACM	ACM	



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
 Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
 Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM
 Prescritor Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)
 Setor Sala de Espera - HSM
 CID W17 Outr quedas de um nível a outr

Atendimento 2.321.875
 Condicionamento PLANTA / APARTAMENTO
 Liberação 16/10/2018 19:19:21 1351076
 Data Presc 16/10/2018 19:14:00
 Validade 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
 Letra/Quilô ESPERA 03

0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

ACM 1 Vez
 ACM 20

Renan Delano G Brito
 Renan Delano Gomes Brito
 CRM 4100

dieta líquida os 09:30 e zero as 10:00hs- nutrição ci ente
 kalia



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d **Peso**
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **Elson Gomes da Castro (CRM 6813)**
Setor **Sala de Espera - HSM**
CID **W17 Outr quedas de um nível a outr**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento 2.321.875 500.385
Contorno PLANTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 21:42:51 1851286
Data Presc 16/10/2018 21:41:00
Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra Quarta ESPERA 03

Medicamentos

13 Seki Xpe Fr (2mg/ml-120ml)

D Dose / Intervalo / Via
20 Mililitros 3x ao dia VO

Horário
22 06 14

Observação:


Elson Gomes da Castro
CRM 6813



2321875

Paciente **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 2d
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
Prescritor **ITALO LUSTOSA ROLIM (CRM 5638)**
Guia **33606803**
Diretor Técnico Médico

2.321.875 500.395
Convênio **PLANTA / APARTAMENTO**
Liberação 16/10/2018 20:33:12 Prescrição **1651210**
Data Prescr **16/10/2018 20:32:00**
Validade **16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59**
Senha

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Agora.

Revisão

Italo Lustosa Rolim
CRM 5638



2321875

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento: 14/06/1976 42a 4m 4d Peso:
Data Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp: Dr. KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Prescritor: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA
Setor: Posto Pássaros - HSM
CID: S72.4 Frat da extremidade distal do fêmur
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 2.321.875
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 18/10/2018 11:21:48
Data Presc: 18/10/2018 11:20:00
Validade: 18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59
Leito/Quarto: PARDAL

Prontuário: 500.395

Prescrição: 1856418

Medicamentos:

20 Enoxaparina 40mg Inj. Seringa Preenchida G/0.4ml

1 Seringa 1x Tarde SC

Horários

14

Observação:

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TECT 14675

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente	ELISA REGINA DE JESUS KAVIER SANTOS	Assistência	2321875
Data Nasc.	14/03/1978	Idade	503915
Endereço	RUA CASTELO DO PAULI, 3850 RUJOS AIRES TURF SINA PI	Data Exame	18/10/2018 19:00
Contato	PI 44772	Data Exame	18/10/2018 21:00
Sócio Assist.	Posso Passar por - IEMA	Unidade	PARDAL
Data	DO	Classificação	Definição
18/10/2018	S724	S72.4 Força extensora do braço direito	NAZIO ALDETRICES DE ARAUJO LIMA
Medicamentos Administrados			
Medicamento	Posologia	Data Us	ACM
Seki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	17/10/18 23:39:18	20 VO	
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 06:23:26	20 VO	
Saki Xpo Fr (2mg/ml 120ml)	18/10/18 13:43:41	20 VO	
Idmg 100 mg/2 mL Ac-2 CL	17/10/18 23:38:55	1 IV	
Idmg 100 mg/2 mL Ac-2 CL	18/10/18 06:23:10	1 IV	
Idmg 100 mg/2 mL Ac-2 CL	18/10/18 11:53:07	1 IV	
KEFAZOL 1G INJ.	17/10/18 23:38:42	1 IV	
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 06:22:43	1 IV	
KEFAZOL 1G INJ.	18/10/18 11:32:50	1 IV	
Diprona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV	
Diprona Sódica Inj. Ap	18/10/18 06:23:16	1 IV	
Diprona Sódica Inj. Ap	18/10/18 11:33:02	1 IV	
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 23:39:09	1 IV	
Profend Iv Fr 100mg Inj	18/10/18 09:42:53	1 IV	
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	17/10/18 23:38:48	1 IV	
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	18/10/18 06:25:00	1 IV	
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	18/10/18 11:32:56	1 IV	
Diprona Sódica Inj. Ap	17/10/18 23:39:58	1 IV	
Diprona Sódica Inj. Ap	17/10/18 18:45:27	1 IV	
Profend Iv Fr 100mg Inj	17/10/18 15:45:16	1 IV	
Clonidino de Ranitidina Inj. Ap	17/10/18 18:45:28	1 IV	

Paciente: **ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**
 Data Nasc: 14/06/1976 42 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 982028158
 Leito: PARDAL

Atendimento: 2.321.875
 Planeta: 500.395
 Data e Hora: 18/10/2018 19:00:44
 Local: PLANTA APARTAMENTO

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
18/10/2018 11:11	Médico	Evolução/Anamnese		KAIRO ALDETRUD ES DE ARAUJO LIMA SANTOS	CRM 4144

Evolução/Anamnese Internação

W17 Outr quedas de um nível a outr
 120/ 80
 100

EVOLUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE ALTA:

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI
 ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM
 ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL
 REGULAR

Dr. Kairo Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgião de Quadril
 CRM-PR 4144 TEP 14875


Dr. Kairo Lima
 CRM 4144

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Atendimento	2.321.875	Prontuário	500.395
Data Nasc.	14/05/1976 42 Anos	Dr. Entrada	16/10/2018 19:00:44		
Sexo	Feminino	Convênio	PLAMTA		
Sede	Posto Pássaros - HSM	Apartamentos	PARDAL		
		Leitos			

Data Alta	19/10/2018 11:13:38		
Profissional	Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos	Tipo Sumário	Alta
Motivo Alta	Alta melhorado		
Sede			
Responsável Alta	Kairo Aldetrudes de Araujo Lima Santos		
Necropsia			
Causa da Morte			

Resumo

PACIENTE POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGESIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

 **Dr. Kairo Lima**
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Quadril
CRM-AM 8143 REG. 14675

ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS									
Paciente	14/08/1978	49 Anos	Sexo	Feminina					
Data Nasc.	RUA CASTELO DO PAUL, 3055 RUJAXUS AIRES TERESINA PI								
Endereço	PLANETA								
Convênio	Unidade Hospitalar - HSM								
Unidade	18/10/2018 17:41				ANA MARIA RIBEIRO GOMES				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap				18/10/2018 17:41:48				
Medicamento	Clonazepam 0,5mg/ml Inj. Ap (25mg/ml) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO				18/10/2018 23:13:54				
Medicamento	Dipirona Sódica Inj.								



**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Interconsulta para avaliação da
doença também suscitou fato ocorrido
em 15.10.18, tendo sofrido forte
trauma com MIE, causando com
fratura que permeia o L do
fêmur esquerdo, tratada cirurgicamente
com placa e fios de aço, de osteossintese
placa profunda e fios de aço,
comprometendo com fuso de tempo,
relevar com sequelas: fortes
dores limitando os movimentos
com sensação de encurtamento,
do membro afetado e ainda
exacerbação de claudicação
com comprometimento físico
na de 80% com a vida
fina

29.04.2019

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1584-PI - CRM: 2660-MA
(85) 9 9832-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.557.463 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/10/12

NOME ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

FILIAÇÃO

ODETE MARIA DE JESUS XAVIER
EDUARDO RIBEIRO XAVIER

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 14/06/1976

CERT. CASAM. 22367 L. 608 F. 180
CH. EXP. TERESINA-PI 27/01/95

TERESINA-PI

923.932.923-49 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0078844

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura de Jesus Xavier Santos

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 JAN 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 01250887053B
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0068312000 RNTTC EXERCÍCIO 2016

JOÃO ANTÔNIO MAGALHÃES PEREIRA
CPF: 06022948850 PLACA LVT-822B

CHASSI 9BD178016V0338723
COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANFAB 1997 ANO MOD 1997
CATEGORIA PARTICU C/VA

VENO COTAS 1º 13ENDD 2º 1ºVA 3º 1ºVA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 26/08/2016
LOCAL TERESANA

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

PI Nº 01250887053B BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 26/08/2016

RENAVAM 06022948850 PLACA LVT-822B
FIAT/PALIO ED

CHASSI 9BD178016V0338723
PRÊMIO TARIFARIO 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00
CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

www.seguradoralider.com.br

SECRETARIA DE SEGURANÇA

8 JAN 2019

DPVAT

TERESINA- PI, 29 DE ABRIL DE 2019

Senhores analistas de seguro,

Venho por meio desta carta pedir uma reanálise do meu processo pois não concordo com o valor que me foi pago. Sofri um acidente de trânsito em BR e tive uma fratura no fêmur esquerdo, fiz cirurgia, coloquei um ferro na minha coxa. Além das fortes dores que sinto até hoje, não tenho firmeza na perna esquerda e ando ainda com a ajuda de muletas, acho que por se tratar do maior osso do corpo eu não consigo ter sustentação total na perna esquerda.

Muito injusto o valor que me foi pago ainda mais sem uma perícia adequada que eu possa ser avaliada por um médico, ele será capaz de comprovar todo o transtorno que venho passando e analisar a gravidade da minha lesão.

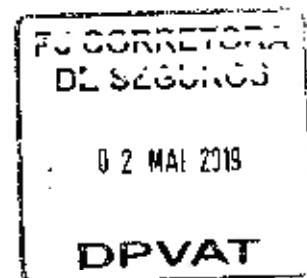
De já agradeço a atenção e aguardo um retorno em breve,

Elisângela de Jesus Xavier Santos

NOME: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

SINISTRO: 3190 072026

CPF: 923.932.923-49



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE.
LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 40), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 20)E ADUÇÃO (ADM 10) DO QUADRIL ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO JOELHO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR

Resultados terapêuticos: DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MIE.
LOCAL DO ACIDENTE: BR 316 - CAXIAS MA

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &
VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR, EM 31/01/2019.

ACOSTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR, EM 31/01/2019.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ACOSTADO NOVO RELATÓRIO MÉDICO.

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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: 3190072026 **Cidade:** Caxias **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Elisângela De Jesus Xavier Santos
RG: 1.557.463 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 923.932.923-49
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Castelo Do Piauí Nº 4204
Bairro: Memoranz Cep: 64009-330 Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99962-3900 () ()

OUTORGADO:

Nome: Alexandre De Jesus Sampaio Sousa Júnior
RG: 2728865 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 037.930.763-42
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Administrador
Endereço: Rua Francisco Félix Filho Nº 1801
Bairro: Cristo Rei Cep: 64014-320 Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 99970-3592 () ()

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: Elisângela De Jesus Xavier Santos
CPF: 923.932.923-49 Data do Acidente: 15 / 10 / 2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-PI, 22 de Janeiro de 2019

Local e data

1º OFÍCIO

Elisângela De Jesus Xavier Santos

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO Rua David Caldas, 495 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190
Carato, (86) 3221-7513 - sabc.com.br - sabc@ui.com.br
Ata: Maria Elisabeth Calvo e Silva Muller

RECOGNIÇÃO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS, EM TEST. DA VERDADE, DOU FE. TERESINA, 22/01/2019 12:43:21
SELO AAA79155 - VK9B CONSULTE A AUTENTICIDADE EM www.tjpi.jus.br/portalextra

Cartório João Crisóstomo
1º Of. de Nôas e Reg. de Imóveis
Louany Lima Coimbra Melo
ESCREVENTE AUTORIZADA
Teresina - PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2019

DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031038/19

Número do Sinistro: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

CPF: 923.932.923-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2018

Titular do CPF: ELISANGELA DE JESUS
XAVIER SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019

Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

CPF: 037.930.763-42

ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000093949-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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





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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072026

Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072026 **Vítima: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS**

Data do Acidente: 15/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

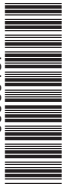
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00973/00974 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14384199

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Nº Sinistro: 3190072026
ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Data do Acidente: 15/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190072026**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14436428



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **923.932.923-49** Nome completo da vítima: **Elisângela De Jesus Xavier Santos**

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

Nome completo: **Elisângela De Jesus Xavier Santos** CPF: **923.932.923-49**

Profissão: **Recusou** Endereço: **Rua Castelo Do Piauí** Número: **4204** Complemento: _____

Bairro: **Memorare** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64009-330**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(86) 99970-3592**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0855** CONTA: **93949** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Terresina-PI, 23/01/2019**

Nome: **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

CPF: **923.932.923-49**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Elisângela de Jesus Xavier Santos**

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) **Alexandre Sampaio**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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