

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:

Ricossa

Endereço:

Rua Castelo Do Piauí

Bairro:

Momorane

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

Número: 4204

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).

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 93.949

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Local e Data, Nome, CPF

Local e Data, Terezina - PI, 23/01/2019

Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos

CPF: 923.932.923-49

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Alexandre Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

28 JAN 2019

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL RODO, 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 FÉMUR 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 ADDUÇÃO (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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

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

(X) 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** **(X) 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
SaudeSEG
CRM/PI - 3165

CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO N° 18069149802

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2010

DPVAT



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



Para cópia do seu Boletim acesse o site: 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](http://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 ROCKFELLER, matrícula 1738031. Policial Rodoviário 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 8.639, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o endereço 18069149802 e o número de controle 4B40F77DAF5A3B614AEF61022BD129

191



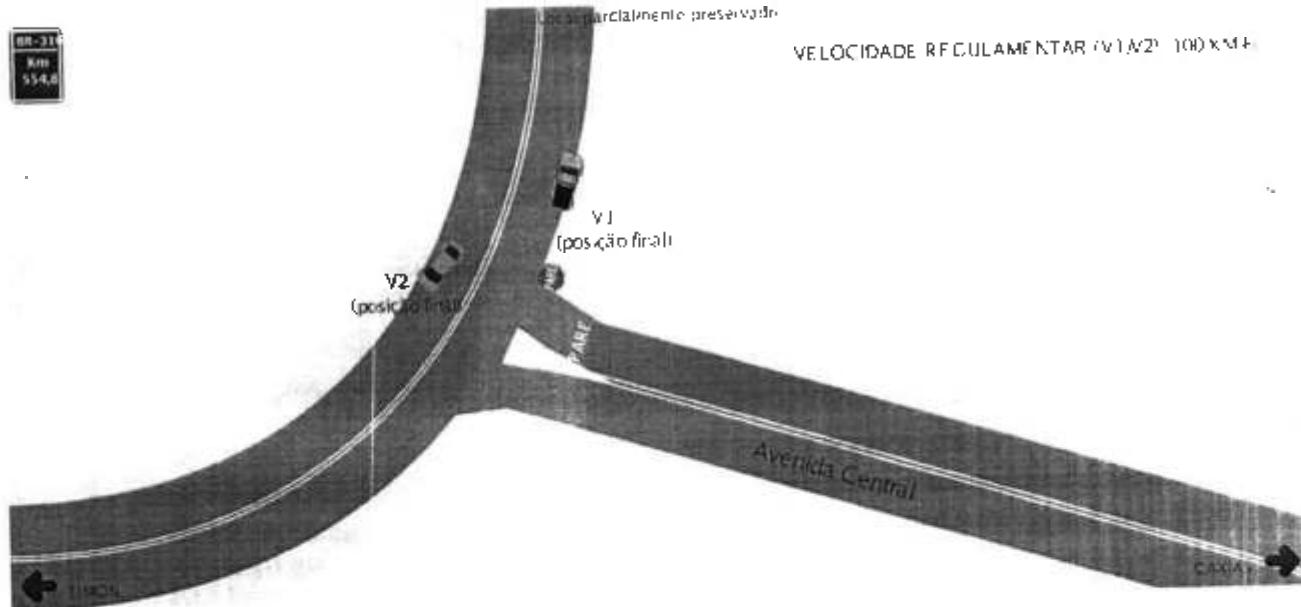
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 n° 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



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 N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 5.636, de 6 de outubro de 2005 e a alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 51-DG, de 13 de novembro de 2015. A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.erf.gov.br/novocat/authenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B63FT7UAF5A3B614A5FB1022B0199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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



SENIDO CRESCENTE



SENIDO 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 Palio cinza (V2) no qual se encontravam Antônio Ceimo Gomes Filho (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 Dultra Melo (ferida levemente), Kauanny Vitória Araújo Dultra Melo (ferida gravemente), Lucas Vinícius Dultra Melo (ilesos), Wesley Gabriel Araújo Costa (ferido levemente), Paulo Henrique Ferreira de Jesus (ilesos) 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 havia forte neblina 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 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 2015, no art. 6º do Decreto nº 6.539, de 6 de outubro de 2015 e no alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pr.gov.br/novaautenticidade>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B5977D9F4A5F6102B0199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249B02



IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - LWP8510 - CAMINHONETE

V1 - Informações

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

Ano fabricação: 2002 Chassi: 9BG124AC03C407995

Especie: Carga Categoria: Particular

Renavam: 00795526318

Tipo de veículo: Caminhonete

Cor: Branca

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.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELTER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 30/01/2018, conforme Decreto nº 6º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 6.039, de 6 de outubro de 2016, e no artigo 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/revogar/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4959F7/DNF5A396146FF0C226D99.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 chassis.	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



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Polícia Rodoviária Federal, em 30/10/2018, conforme norma oficial da Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.204-2 de 24 de agosto de 2001, “e” art. 5º da Lei nº 8.539, de 8 de outubro de 2004, 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/novabat/autentica/>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B69F77DAFEA3B614A5F61072BD189.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO Nº 18059249B02

V1 - Proprietário

Nome: CONSTRUTORA SUCESSO S/A

CPF/CNPJ: 09 568.906/0001-43

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 Motoria

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:

Email:

V2 - VEÍCULO 2 - LVI8228 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: LVI8228

Marca/modelo: FIAT/PALIO ED

Renavam: 00683141627

Ano fabricação: 1997 Chassi: 9BD178016V0338723

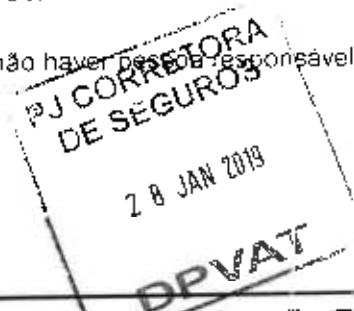
Tipo de veículo: Automóvel

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Cinza

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

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



Documento assinado eletronicamente por HOCKFELLER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória nº 2.012, de 24 de agosto de 2007, no art. 8º do Decreto nº 6.530, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-ICG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.crl.gov.br/validar/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número da conta e 1859872705636146091022BD199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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, Policial Rodoviário Federal em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.639, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-OC, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoprototipocar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59177DAFEA30614ADFB1022BD199.

191

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249B02



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

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

Placa: LV18228
Matrícula do Agente: 1738231

Nº BOAT: 18059249B02

Data: 15/10/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	N/A
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			X	

Dano de Monta: Grande



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 30/10/2018, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 7.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 5.539, de 2 de outubro de 2005 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-GG, de 12 de novembro de 2013.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.poderjudicial.mt.gov.br/novabatidaeletronica/>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4BUdFT7DAT5436514/5FRnCZ2GD199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 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 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 3W11, 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 6.539, 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 desse documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B55F77DAF5A3B814ASF61C228D99.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249B02

V2P2 - PASSAGEIRO 2 DO V2 - Patricia de Araújo Costa

V2P2 - Informações

Nome: Patricia de Araújo Costa

Data de Nascimento: 12/03/1984

CPF: 383.421.478-78

Estado civil:

sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P2 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

Telefone:

V2P3 - PASSAGEIRO 3 DO V2 - Gustavo Henrique Araújo Costa

V2P3 - Informações

Nome: Gustavo Henrique Araújo Costa

Data de Nascimento: 21/05/2005

Nº de Identificação/Órgão expedidor: 55.609.968-0/ SSP-SP

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P3 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

Telefone:

V2P4 - PASSAGEIRO 4 DO V2 - Cleonice Maria de Araújo

V2P4 - Informações

Nome: Cleonice Maria de Araújo

Data de Nascimento: 02/07/1963

CPF: 374.940.403-82

Estado civil:

sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P4 - Dados do Contato

Endereço:

Email:

Telefone:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1738231, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme norma oficial de Brasil, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.539, de 8 de outubro de 2005, 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.pf.gov.br/novobalizamento/>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4B59F7DAB36614A5F510228D196.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249B02

V2 - Proprietário

Nome: JOAO RIBEIRO MAGUALHAES NETO

CPF/CNPJ: 060.229.488-60

Email:

Telefone:

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

V2C - CONDUTOR DE V2 - ANTONIO CELMO GOMES FILHO

V2C - Informações

Nome: ANTONIO CELMO GOMES FILHO

Data de Nascimento: 29/05/1984

CPF: 004.461.193-50

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: E

Primeira habilitação: 11/02/2003

Nº Registro: 02784224564

UF: PI

Vencimento da habilitação: 12/05/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 1315

V2C - 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

V2C - Dados do Contato

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

Telefone:

Email:

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

V2P1 - Informações

Nome: Kaillany Vitória Araújo Dultra Melo

Data de Nascimento: 18/06/2018

CPF: 098.216.533-16

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P1 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, tramitação 1738231, Policial Rodoviário Federal, com 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 1º da Medida Provisória Nº 2.201/2012 de 24 de agosto de 2012, no art. 6º do Decreto Nº 6.530, de 6 de outubro de 2010 e no artigo 5º 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/revocabilautenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de Controle 4B59+//DAFS6A308/445F51022001981.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249B02

V2P5 - PASSAGEIRO 5 DO V2 - Lucas Vinícius Dultra Melo

V2P5 - Informações

Nome: Lucas Vinícius Dultra Melo

Data de Nascimento: 31/03/1995

CPF: 067.966.573-06

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

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

Data de Nascimento: 05/03/2013

Nº de Identificação/órgão expedidor: 12336601552013100317
/Cartório de Registro

Estado civil:

sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

V2P6 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:

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

V2P7 - Informações

Nome: Kauanny Vitória Araújo Dultra Melo

Data de Nascimento: 05/09/2015

Nº de Identificação/órgão expedidor: 898005188130493
/SUS

Estado civil:

sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava dispositivo para retenção de criança: Sim, mas
utilizava-o incorreto
/incorretamente

V2P7 - Dados do Contato

Endereço:

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por ROCKFELLER, matrícula 1739231, Policia Rodoviária Federal, em 30/07/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10º 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 2013 e na alínea c do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 51-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.prt.gov.br/novabrat/authenticar>, informando o protocolo 18059249B02 e o número de controle 4069F77DAF5A3B614A61F61022BC199.

191



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 18059249802

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: _____ Email: _____
Telefone: _____

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: _____ Email: _____
Telefone: _____



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROCKFELER, matrícula 1736231, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com lançamento 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 E1-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade desse documento pode ser conferida no site <http://www.pri.gov.br/novidade/eletrocarteiro>, informando o protocolo 18059249802 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:

Ricossa

Endereço:

Rua Castelo Do Piauí

Número: 4204

Bairro:

Momorane

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).

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 93.949

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: Sim Não Vítima deixou: Sim Não pais/avós vivos?

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Local e Data, Nome, CPF

Local e Data, Terezina - PI, 23/01/2019

Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos

CPF: 923.932.923-49

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____ 28 JAN 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL RODO, 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: Nome completo da vítima:

923.932.923-49

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:	Ricossa	Endereço:	Rua Castelo Do Piauí
Bairro:	Momorane	Cidade:	Teresina
E-mail:		Estado:	PI
		Número:	4204
		Complemento:	
		CEP:	64009-330
		Tel. (DDD):	(86) 99970-3592

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 CONTA: 93.949 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, Terezina - PI, 23/01/2019
Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos
CPF: 923.932.923-49

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____ 28 JAN 2019

ROGO DE SEGUROS

DPVAT

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL 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 N° 01

1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 () USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT 02; () MOT 03
() AA/USB 06; () AC/USB 07; () BU/USB 08; () CN/USB 09; () DB/USB 10; () MAT/USB 011; () PAR/US B12; () SJS 13

DATA: 15/10/18 MEDICO REGULADOR: Dr. Souza

ENDERECO: BR 316

Nr.

BAIRRO:

CIDADE: Caxias

UF: MA

PONTO DE REFERENCIA:

NOME: Elisângela de Jesus Xavier Santos SEXO: () M () 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

3. SOLICITADO APOIO

() SIM () NÃO QUAL:

OUTROS:

4. OCORRENCIA

COLISÃO CARRO X CARRO

CLASSIFICAÇÃO

() ACIDENTE DE TRANSITO	() CHOQUE ELÉTRICO	() EMERGENCIA PEDIATRICA	() INTOXICACAO
() AFOGAMENTO	() DIABETES DBSCOMPENSADO	() EAP	() MAL SUBITOO
() AVC	() DIARRÉIA/VOMITO	() FAFFAB	() QUEIMADURA
() ALCOOLISMO	() DOR ABDOMINAL	() URGENCIA OBSTETRICA	() CRISE CONVULSIVA
() AGRESSAO	() DNV	() IAM	() CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA	() TRANSP. INTERHOSPITALAR	() OUTROS	

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AEREAIS SUPERIORES	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	COR
() ALERTA	() PERMEAVEIS	() NORMAL	() PULSO RADIAL	() NORMAL
() VERBAL	() NÃO PERMEAVEIS	() DIFÍCIL	() PULSO CAROTÍDEO	() CIANÓTICO
() DOR	() VÓMITOS	() AUSENTE	() PULSO AUSENTE	() PALIDO
() NÃO RESPONDE	() CORPOS ESTRANHOS	() TIRAGEM	() HEMORRAGIA	

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

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Não abre os olhos	() 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incompreensíveis	() 2 - Responde a dor	() 2 - Descrrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras incoerentes	() 3 - Responde a fala	() 3 - Decorticado (flexão anormal dos membros superiores)
() 4 - Confusa	() 4 - Espontânea	() 4 - Retirada
() 5 - Orientada		() 5 - Localiza o estímulo doloroso
		() 6 - Obedece a comandos verbais

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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 - Grunido a dor	() 2 - Com estímulo Doloroso	() 2 - Flexão Anormal
() 3 - Chora a dor	() 3 - Com estímulo Auditivo	() 3 - Flexão Normal
() 4 - Chora Irritado	() 4 - Espontaneamente	() 4 - Retirada a Dor
() 5 - Borbúcia		() 5 - Retirada ao Toque
		() 6 - Movimentos Espontâneos

28 JAN 2019

DPVAT

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO ECG

() 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 PUPILLAS

() Isocônicas	() Midriases	() Mioses	() Anisocônicas	() Fotorréagentes	() Não Fotorréagentes
----------------	---------------	------------	------------------	--------------------	------------------------

10. AVALIAÇÃO SECUNDARIA

PA (Inicial)	FC (Inicial)	FR (Inicial)	PULSO (Inicial)	Tax°C (Inicial)	GLICEMIA CAPILAR (Inicial)	Sat O₂ (Inicial)
103						100%

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA

Raciente abordada em via pública, vítima de acidente volte mobilístico (colisão carro x carro), no momento não saberia quem, consciente, faráça, orientada, apresentando suspeita de fratura em M1 e fíbula no fêmur referido (esquerda), com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP para ninger aberto.

12. HIPOTESI DIAGNOSTICA

13. INTERCORRENCIA NO TRANSPORTE

SIM NAO. QUAL:

14. QUITO

() SIM () NAO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

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

16. PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> OXIGENIO	<input checked="" type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ASPIRACAO	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFERICO
<input type="checkbox"/> INALACAO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZACAO	<input type="checkbox"/> MONITORIZACAO	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL
<input type="checkbox"/> VENTILACAO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> CARDIOVERSAO	<input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOSTOMIA POR PINCAO
<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA	<input type="checkbox"/> ENTUBACAO	<input type="checkbox"/> TORACOCENTSESE
<input type="checkbox"/> AMBU	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> DROGAS	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORACICA
<input type="checkbox"/> RCP	<input type="checkbox"/> 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 trânsito, entregue na UPA sem intercorrências.

X U X U X U X

Luma dos Santos SILVE

Jes de Europa

Ass. e Carijó Medicina

Aze e Caninde Ensempais

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之二十一

18. MENTE/CACAO DA FORTUNE

MÉDICO ENFERMEIRO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONSULTOR

15. IDENTIFICACAO DO RECEPTOR DO PACIENTE: *Luana* ~~Luana~~ *Macedo*

Enfermeira
COREN-MA 000 503 893

1.6. BERTENCIOS DO PACIENTE

Descrição	<hr/> <hr/>
Nome do Receptor:	<hr/>
Função do Receptor	<hr/>
Assinatura do Receptor:	<hr/>

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

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

Assistência do paciente em casa

18. TERMO DE RECUISA DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos que estou recebendo o atendimento médico disponibilizado pela SAMU 192 - CAIXA SESA, neste caso, é de:

Assinatura do participante ou responsável

RG: _____
CPF: _____



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA N° 01

1. IDENTIFICAÇÃO

() USA1 () USA2 () USB1 () USB2 () USB3 () USB4 () USB5 () MOT01; () MOT02; () MOT03
() AA/USB 06; () AC/USB 07; () BU/USB 08; () CN/USB 09; () DB/USB 10; () MAT/USB 011; () PAR/US B12; () SJS 13

DATA: 15/10/18 MEDICO REGULADOR: Dr. Souza

ENDERECO: BR 316

Nr.

BAIRRO:

CIDADE: Caxias

UF: MA

PONTO DE REFERENCIA:

NOME: Elisângela de Jesus Xavier Santos SEXO: () M () 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

3. SOLICITADO APOIO

() SIM () NÃO QUAL:

OUTROS:

4. OCORRENCIA

COLISÃO CARRO X CARRO

CLASSIFICAÇÃO

() ACIDENTE DE TRANSITO	() CHOQUE ELÉTRICO	() EMERGENCIA PEDIATRICA	() INTOXICACAO
() AFOGAMENTO	() DIABETES DBSCOMPENSADO	() EAP	() MAL SUBITOO
() AVC	() DIARRÉIA/VOMITO	() FAFFAB	() QUEIMADURA
() ALCOOLISMO	() DOR ABDOMINAL	() URGENCIA OBSTETRICA	() CRISE CONVULSIVA
() AGRESSAO	() DNV	() IAM	() CRISE ASMÁTICA
() EMERGENCIA HIPERTENSIA	() TRANSP. INTERHOSPITALAR	() OUTROS	

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	VIAS AEREAIS SUPERIORES	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	COR
() ALERTA	() PERMEAVEIS	() NORMAL	() PULSO RADIAL	() NORMAL
() VERBAL	() NÃO PERMEAVEIS	() DIFÍCIL	() PULSO CAROTÍDEO	() CIANÓTICO
() DOR	() VÓMITOS	() AUSENTE	() PULSO AUSENTE	() PALIDO
() NÃO RESPONDE	() CORPOS ESTRANHOS	() TIRAGEM	() HEMORRAGIA	

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

MELHOR RESPOSTA VERBAL	ABERTURA DOS OLHOS	MELHOR RESPOSTA MOTORA
() 1 - Nenhuma	() 1 - Não abre os olhos	() 1 - Nenhuma
() 2 - Sons incompreensíveis	() 2 - Responde a dor	() 2 - Descrrebração (extensão anormal dos membros)
() 3 - Palavras incoerentes	() 3 - Responde a fala	() 3 - Decorticado (flexão anormal dos membros superiores)
() 4 - Confusa	() 4 - Espontânea	() 4 - Retirada
() 5 - Orientada		() 5 - Localiza o estímulo doloroso
		() 6 - Obedece a comandos verbais

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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 - Grunido a dor	() 2 - Com estímulo Doloroso	() 2 - Flexão Anormal
() 3 - Chora a dor	() 3 - Com estímulo Auditivo	() 3 - Flexão Normal
() 4 - Chora Irritado	() 4 - Espontaneamente	() 4 - Retirada a Dor
() 5 - Borbúcia		() 5 - Retirada ao Toque
		() 6 - Movimentos Espontâneos

28 JAN 2019

DPVAT

8. CLASSIFICAÇÃO DO COMA SEGUNDO ECG

() 1-5	() 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 PUPILLAS

() Isocônicas	() Midriases	() Mioses	() Anisocônicas	() Fotoreceptores	() Não Fotoreceptores
----------------	---------------	------------	------------------	--------------------	------------------------

10. AVALIAÇÃO SECUNDARIA

PA (Inicial)	FC (Inicial)	FR (Inicial)	PULSO (Inicial)	Tax°C (Inicial)	GLICEMIA CAPILAR (Inicial)	Sat O₂ (Inicial)
103						100%

11. HISTÓRIA CLÍNICA E CONDUTA

Raciente abordada em via pública, vítima de acidente volte mobilístico (colisão carro x carro), no momento volto sobre viagem, consciente, farpada, orientada, apresentando suspeita de fratura em M1 e fíbula no fêmur referido (esquerda), com queixa de dor torácica e lombar; foi realizado protocolo de trauma completo + AVP para náuseas alivio.

12. HIPOTESI DIAGNOSTICA

The figure shows four waves plotted against time. Each wave has a period T and amplitude A . The waves are periodic and sinusoidal.

13. INTERCORRENCIA NO TRANSPORTE

SIM NAO. QUAL:

14. QUITO

() SIM () NAO () ANTES DO ATENDIMENTO () NO LOCAL () NO TRANSPORTE () NO HOSPITAL

15. DESTINO DO PACIENTE

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

16. PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> OXIGENIO	<input checked="" type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ASPIRACAO	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PERIFERICO
<input type="checkbox"/> INALACAO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZACAO	<input type="checkbox"/> MONITORIZACAO	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO CENTRAL
<input type="checkbox"/> VENTILACAO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> CARDIOVERSAO	<input type="checkbox"/> CRICOTIROIDOSTOMIA POR PINCAO
<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA	<input type="checkbox"/> ENTUBACAO	<input type="checkbox"/> TORACOCENTSESE
<input type="checkbox"/> AMBU	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> DROGAS	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORACICA
<input type="checkbox"/> RCP	<input type="checkbox"/> 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 trânsito, entregue na UPA sem intercorrências.

X U X U X U X

Luma dos Santos SILVE

Jes de Europa

Ass. e Carijó Medicina

Aze e Caninde Ensempais

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

18. IDENTIFICAÇÃO DA FOLHAGEM

MÉDICO ENFERMEIRO TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONSULTOR

1.5 IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE

15. IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR DO PACIENTE E-mail: carlosmacedo@coren-ma.org.br
Enfermeira
COREN-MA 001-503-293
Ass. C. BRUNNA MACHADO - www.coren-ma.org.br

1.6. PERTENCISS DO RACIEMTE

Descrição	_____

Nome do Receptor:	_____
	Função do Receptor _____
Assinatura do Receptor:	_____

17. TERMO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR / RESOLUTIVIDADE LOCAL

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

Assinatura do paciente ou responsável

18. TERMO DE RECONHECIMENTO

Declaro para os devidos que estou recebendo o atendimento médico disponibilizado pela SAMU 192 - CAIXAS SAMU, sendo encaminhado ao

Assinatura do participante 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: 00000093949-9

Nr. da Autenticação 8FC44F06DE5D73A8



Para contato com a
Eletrobras informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0482124-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Mato Grosso 759 - Centro/Buritizal - Teresina - PI
CNPJ 04.544.748/0019-01 / Inscrição Estadual: 1470.1403-0
Nº do Ata/Contrato de Energia: 066.004-3 - Série 2-1
Sufixos/ramais de Impressão autorizada pelo SISNEF 06758

Nº da Nota Fiscal: 015.184580
A Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi calculada
pela 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 PIAUÍ 4204 4204 MEMORARE
CPF: 00092393292349
CEP: 64.009-330 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	7009	Atual	13/12/2018
Anterior	6950	Anterior	20/11/2018
Correção de Multipliação:	1.000	Próxima Leitura:	16/01/2019
Correção Medida:	59	Entrega:	17/12/2018
Consumo Faturado:	59	Apartamento:	18/12/2018

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	TIPO DE VULNERABILIDADE CONSUMIDOR		
			Passo	Código Pat.	Média 12 meses
RESÍD. EX. RENDA - SIMÔNIO					
HISTÓRICO kWh					
Mês/Fano consumo	CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA		
NOV/18	94		30 A R\$ 0,292477 =		
OUT/18	43		29 A R\$ 0,501402 =	8,77	
SET/18	51		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,54	
AGO/18	44		DIFERENÇA DE TARIFA	1,94	
JUL/18	57		SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	27,48	
JUN/18	69		CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	19,17	
MAI/18	71		MULTA POR ATASO (2X)	0,24	
ABR/18	76		JUROS POR ATASO (2X)	1,25	
MAR/18	83		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,25	
FEV/18	73		- 0,09		
PPFA SEM REAJUSTE:					
0 F 09 - 0,267999					
0 I A 09 - 0,300377					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Año Valor R\$ Informamos existirem débitos vencidos(s) no valor de R\$
08/2017 32,87 0,00 (sem acréscimos reais ate esta data) (000 débitos) ja tenha a si(s) procurar sua 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, CONFIR-
ME RESOLUCAO ANEL 2.498/2018,
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO HSBC Z2BE.6A61.EA9C.B841,424C.A9DA.77B6.2B07			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Despesas:	20,11	Base de Cálculo:	50,79
Energia:	19,21	Aliquota IPIMS:	22,00%
Transmissão:	3,02	Valor do IPIMS:	11,17
Encargos:	3,06	Valor da PIS:	0,75
Total:	15,39	Valor da COFINS:	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

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 219135

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre De Jesus Santos Sousa Júnior

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 Invalidiz 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: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Santos Sousa Júnior
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 219135

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre De Jesus Santos Sousa Júnior

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 Invalidiz 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: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Santos Sousa Júnior
Assinatura do Declarante



(obs) Sossego

FICHA DE ATENDIMENTO

atropédia

NOME:

Edisonete de Jesus Xavier

DATA ATENDIMENTO:

15/10/18

CARTÃO SUS:

DATA DE NASCIMENTO:

212 Anos

HORA:

20:19

NOME DA MÃE:

m. s

SEXO: ()M ()F

ENDERECO:

m. s

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

Ceresina PI.

QUEIXA PRINCIPAL:

Acidente de trânsito

HISTÓRIA BREVE:

CID:

AV Ortopédia

OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

Paciente visto ac. ceno + ceno, rebre
dr. em ferro, cabover, ferro e pele
e coluna l cd. Sem tra

DADOS VITÂMICOS	PA:	T.:	SPO ₂	FR.:	PULSO:	DOR:
			97%	100	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 corresponderá à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginable.



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 ()
----------	-----------	-------------	-------------	--------------

DROGAS:

ALÉRGIAS:

DOENÇAS PREEXISTENTES:

— II —

CONDUTA INICIAL:

REAVALIAÇÃO:

HORA:

20:30

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 JAN 2018

DPVAT

Luan Almeida



FICHA DE ATENDIMENTO

2321875

Informação:	2321875	Data Informação:	16/10/18 19:00:44	Setor:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS			ESPERA 03	
Nascimento:	14/06/76	42a 4m 2d		Acomodação:	
Estado Civil:				Diária:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA				
PL.G/C.N.:	156.7463		982028158		3360.6803
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3866 BUENOS AIRES TERESINA PI				923.932.923-49
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER			ODETE MARIA DE JESUS XAVIER	
Procedimento:					
Responsável:	Funcionário: LUANA J				
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 o 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 anomalias 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 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 _____

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº: _____

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.

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Identificação: 2321875

Especialidade origem: Clínica Geral

Colaborador: PLAMTA

Especialidade destino: Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR Á MOBILIZAÇÃO DE MIE

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

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


Dr. Elisa Gómez de Castro
CRM 6813

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


Dr. Kairó Lemos
CRM 4144

Descrição Cirurgia

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
 Prontuário: 500.395
 Dt. Nasceto: 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
 Pessoal: 1.854.194
 Atendimento: 2.321.875
 Data Cirurgia: 17/10/2018 17:35 Dr. Cirurgião: 17/10/2018 19:02
 Duração: 87
 Cirurgião: KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
 Anestesista: Diego Nunes de Oliveira
 Anestesia: Raquidiana

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PB: 6926

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

Função	Descrição	Código Participante
2	Cirurgião Principal	390699 KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO
3	Primeiro Auxiliar	6155 Miguel Ângelo Gonçalves Reis Filho
4	Segundo Auxiliar	392600 Eduardo Soares de Oliveira
5	Anestesista	395000 Diego Nunes de Oliveira
6	Instrumentador	401911 JANACELIA MARIA DE SOUSA
7	Circulante	529312 JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA

CRM	Observação	Assinatura
4144	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 4144 CAM-2477
4369	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 4369 CAM-2477
4074	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 4074 CAM-2477
4926		CRM-PB: 4926 CAM-2477
619599	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 619599 CAM-2477
129148	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 129148 CAM-2477

Quantidade: 1

Procedimento: 30726127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante
2	Cirurgião Principal	390699 KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO
3	Primeiro Auxiliar	6155 Miguel Ângelo Gonçalves Reis Filho
4	Segundo Auxiliar	392600 Eduardo Soares de Oliveira
5	Anestesista	395000 Diego Nunes de Oliveira
6	Instrumentador	401911 JANACELIA MARIA DE SOUSA
7	Circulante	529312 JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA

CRM	Observação	Assinatura
4144	Dr. Kairo Aldetru	CRM-PB: 4144 CAM-2477
4369	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 4369 CAM-2477
4074	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 4074 CAM-2477
4926		CRM-PB: 4926 CAM-2477
619599	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 619599 CAM-2477
129148	Ortopedia e Traumatologia	CRM-PB: 129148 CAM-2477

Quantidade: 1

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomo-patológico

Achados operatórios

Cirurgia

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

Dr. Kairo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB: 4144 CAM-2477

Seq. Tipo Tempo

Qd Minuto Observação

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER	Dt. Entrada	10/10/2018
Data Nascit:	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	FLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cod. usuário	23806803	Inicio cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Atendimento	3321373	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09
Frontuário	5003851	Cirurgia	43153

Participantes

	Participante	Código prof
Funilão	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	Diego Nunes de Oliveira	4926
Anestesista	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
Circulante	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	KAIRO ALDETRUDES DE	4144
Cirurgião Principal	JANACELIA MARIA DE	619333
Instrumentador	JANACELIA MARIA DE	619333
Instrumentador	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4339
Primeiro Auxiliar	Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Primeiro Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar	Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar		
Tipo curativo	Lopofrafia	Tamanho

3) Tipo curativo

Topografia

Tamanho

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Aspirador	1	ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Bisturi Elétrico	1		
Cinto de anestesia	1		
Equipamento Captação - RSM	1		
Monitor cardíaco	1		
Oxigênio	1		
Perfumador 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
RECEBO PACIENTE NA S.O PARA TIT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, AVP NO MSP FUNCIONANTE, MIE EM TALA, PRONTUARIO 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 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 PRONTUARIO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.						
17/10/2018:18:25	17/10 21:25	Técnico CR			JOSANIA MARIA	COREN 45376
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

Interv.	Evento	Profissional	Código prof
14:30	Chegada do paciente no Centro Cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
14:35	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	Terminada a anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
19:25	Encaminhamento nº SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21:25	Saída do Setor CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45570

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas P/Os Luxações Ao Nivel Dr Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA

Circulante

- 01 - placa Wagner Mts Jemar 12.F Esquerda.
- 05 - fórmas blgulas 6.0 x 65 , 6.0 x 75 .
- 07 - fórmas autometas 4.5 x 32
- 02 - fórmas autometas 4.5 x 34
- 01 - fórma de bolo 3.5
- 01 - fórma de bolo 2.4

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Atendimento	2.321.875
Data Nasc.	14/06/1976	Pront. Clín.	500395
Sexo	F	Quarto	PLAMTA
Telefone	982028158	De Entrada	17/10/2018 17:00
Procedimento Principal	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	De Atend.	17/10/2018 17:35
Médico Cirurgião	KAIRO ALDESTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS	Duração	60
Médico Anestesiista	Diego Nunes de Oliveira	Cirurgia N°	43153
Medicamentos		Unidad. Medid:	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL		amp	3
Bextxa 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 Espinal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL		amp	1
Nerocina Pesada 0,5% (5 mg/ml - 4 mL)		amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)		amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frsc (1000 ml)		Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frsc (500 ml)		Fr	3
Sulfato de Eledrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)		amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL		amp	1
Materiais		Unidad. Med.	Quantidade
Aguilha 25x7 Desc.		un	1
Aguilha 40x12 Desc.		un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)		Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8ml (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 7,5x 7,5 13 Fios C/ 10 Unds		pc	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
Mononylon 2-0 1215 T		env	2
Mononylon 2-0 1215 T		env	1
Mononylon 3-0 163 T		env	1
Mononylon 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/ RAQUI)		un	1
Tranefix		un	1
Vicryl 0 J352H		env	2
Vicryl 1 J353H		env	3
Vicryl 2-0 J351H		env	2

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nascto	14/06/1976	Setor	Posto Pássaros - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cód usuário	33606803	Tipo anest.	Raquidiana
Atendimento	2321875	Início cirurgia	17/10/2018
Prontuário	500396	Fim cirurgia	17/10/2018

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

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrólítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Unidade / dose	Hab/inspi	Dose total	Bolus	Ínicio	Final
Bextra 40 Mg Inj. SF 0,9% 500 mL	Bextra Inj. Fa (40mg) Soro Fisiológico 0,9% Ecofacc Frsc (500	1 Frasco- 1 Bolsa 1 Bolsa 1 Bolsa 2 Frasco- 2 Litros por minuto		S	13:46	
Cefazolina 1g Inj. Oxigênio	Cefazolina 1g Inj. CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED			S	17:38	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S	13:12	
Ondansetron 4mg [Inj.] Ampola C/ 2 mL	Ondansetron Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		N	13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1	1 Ampola		S	17:41	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S	17:43	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S	17:39	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 ml.	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 ml.	1 Ampola		S	17:38	
				S	17:36	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	ECG	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	Sat O ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07	Sinusal	100	130	87	88		99						
19:00	Sinusal	100	130	87	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 Adendo	Anestesia 1 MONITORIZAÇÃO 2 RAQUI = L3/L4 COM AGULHA 26G + BUPIVACAINA 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
-------------	--

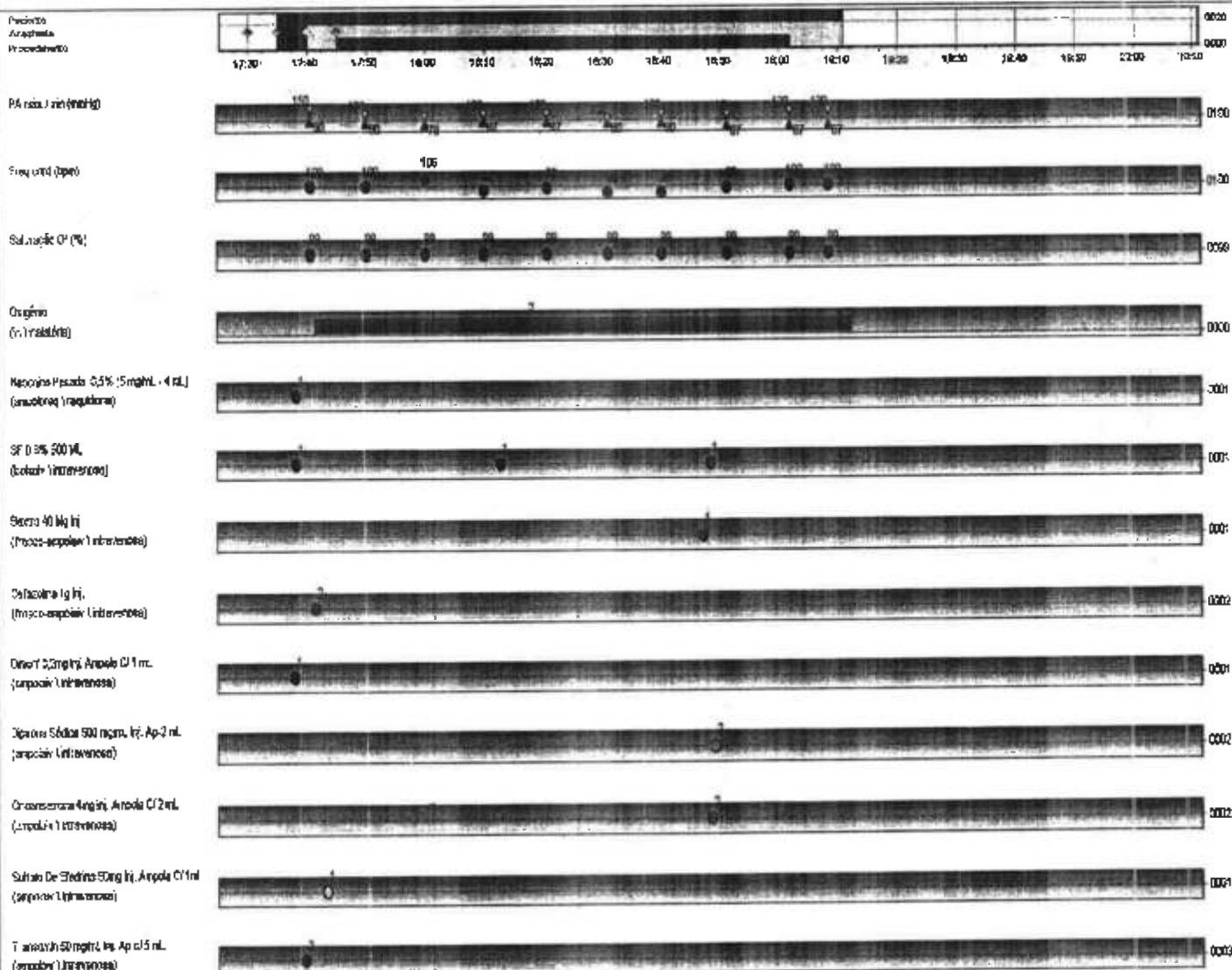
Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Preço cobramos	Dispensado
Água Desitilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 mL	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nascto	14/06/1976	Setor	Posto Pássaros - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDESTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cód usuário	33606803	Tipo anestesia	Raquidiana
Atendimento	2321875	Início cirurgia	17/10/2018 17:36:00
Prontuário	500395	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09





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 1861078)
 Prescritor: Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)
 Setor: Sala de Espera - HSM
 CID: W17 Outr quedas de um nível a outr
 Diretor Técnico Médico:

Almoxarifado: 2.321.875 Faturamento: 500.395
 Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
 Liberação: 16/10/2018 19:19:21 Consulta: 16/10/2018 19:14:00
 Data Presc: 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:58:59
 Validade: 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:58:59
 Letra/Quadro: ESPERA 03

Diétas: ZERO

PARDAL

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

Procedimentos/Servicos/Exames

	Cod / Intervalo	Horários	Materiais
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	

Nível inicial: Nível: Insulina: Glicose (IV) Sugestão:
 Impressiones: 16/10/2018 19:19:29



2321875

Paciente ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Abandono 2.321.875

500.395

Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d

Peso

PLAMTA / APARTAMENTO

Data Entrada 16/10/2018 19:00:44

16/10/2018 19:19:21

1351078

Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM

16/10/2018 19:14:00

Prescritor Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)

16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59

Setor Sala de Espera - HSM

Validade 17/10/2018

Leito/Quarto

ESPERA 03

CID W17 Outr quedas de um nível a outr

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

ACM ACM

1 Vez 20

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

Renan Delano G. Brito
Renan Delano Gomes Brito
CRM 4100

Dia líquida ab 09:30 e zero as 10:00hs. Nutrição c/ este
kitaria



Paciente ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento 14/06/1970 42a 4m 2d Peso:
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 1851286)
Prescritor Elson Gomes da Castro (CRM 6813)
Setor Sala de Espera - HSM
CID W17 Outr quedas de um nível a outr
Diretor Técnico Médico:

Alimentação 2.321.875 Endereço 500.385
Comodato PLAMTA / APARTAMENTO
Liberado 16/10/2018 21:42:51 Registro 1851286
Devolução 16/10/2018 21:41:00 Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra/Obra ESPERA 03

Medicamentos

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

D Dose / Intervalo / Via Horário
20 Millilitros 3x ao dia VO 22 06 14

LGAZ

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 6638)
Guia: **Mapex Copy 336D6803**

Identificação: 2.321.875 Documento: 500.385
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 16/10/2018 20:33:12 Prescrição: 1861210
Data Prescr.: 16/10/2018 20:32:00
Validade: 16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Senha: **Reus00**

Doutor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Cid/Intervalo

Agora,

Materiais

Italo Lustosa Rolim
CRM 6638



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 femur

Atendimento	2.321.875	Prontuário	500.395
Convênio	PLAMTA / APARTAMENTO		
Liberação	18/10/2018 11:21:48	Prescrição	1856418
Data Prescr.	18/10/2018 11:20:00		
Validade:	18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59		
Letro/Quânto	PARDAL		

Medicamentos

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

1 Seringa 1x Tardé SC

Horários

Observação:

De Kaito Ltd
One Page e Business Solutions
CRM-PLA 114 TFO 1496

Dr. Kefro Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 1444 TECT 14676

l'Espresso - 18/10/2018 11:21:52

Página 1

KAIRO

CATE 144

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		17/10/18
Administrado medicamento: Dexamol 60 mg/10ml Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 JULIANE NEVES FERREIRA 17/10/2018 22:47:00		
17/10/2018 23:38	JULIANE NEVES FERREIRA	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 JULIANE NEVES FERREIRA 16/10/2018 00:00:00	
18/10/2018 04:00	PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00	
18/10/2018 04:00	PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00	
18/10/2018 04:00	PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap 2 mL Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 04:00:00	
18/10/2018 04:00	PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1854511 PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS 18/10/2018 06:00:00	
18/10/2018 04:00	PATRÍCIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	Antidiátes de Entfermagem
	Administrado medicamento: Profenol Iv Fr 100mg Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 10:00:00	

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM	
17/10/2018 - 18/10/18	
2321675	
SANIA MARIA	
Paciente: FLÁVIO GELÉO DE JESUS XAVIER SANTOS Sexo: Masculino Data Nasc.: 14/01/1975 Endereço: RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3535 BULENOS AIRES TIRESIMA PI Planta: PLANTA Centro: Centro Agudo Ponto Passeio - HSM	
Medicamento: Anestesia de Enfarrapagem Dose: 1 FA Vía: IV Da prescrição: 1854511	
18/10/2018 11:32 ANA MARIA RIBEIRO GOMES Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Vía: Femina Planta: PROXIMO HOSPITAL Data prescrição: 18/10/2018 12:00:00 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 12:00:00	
18/10/2018 11:32 ANA MARIA RIBEIRO GOMES Administrado medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Vía: IV Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 12:00:00	
18/10/2018 11:32 ANA MARIA RIBEIRO GOMES Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Vía: IV Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 12:00:00	
18/10/2018 11:32 ANA MARIA RIBEIRO GOMES Administrado medicamento: Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL Dose: 1 amp Vía: IV Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 12:00:00	
18/10/2018 11:32 FABIO APALUO DE OLIVEIRA Administrado medicamento: Sezi Xpe Fr (2mg/ml-120ml) Dose: 20 ml Vía: VO Da prescrição: 1854511 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 14:00:00 CD: ALTA HOSPITALAR APARTIR DAS 19:00HS.	
18/10/2018 11:32 ANA MARIA RIBEIRO GOMES Administrado medicamento: Anestesia de Enfarrapagem Paciente segue em ALTA HOSPITALAR , após ser tratavallado pelo Dr. Kaito Aldebarudades. ADM ENOXAPARINA 40MG 1 SERINGA SC. EST MARIA CLARA	
Data: 20/10/2018 08:32:45 Página: 4 CATEGORIA: RYCHELLY	

Evolução Paciente

Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Avançamento:	2.321.875
Data Nasc.	14/06/1976 42 Anos	Promotor:	500.395
Sexo:	Feminino	De Entrada:	18/10/2018 19:00:44
Telefone:	982028158	Comodato:	PLAMTA APARTAMENTO
Lelito:	PARDAL		

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 FÉMUR 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
Ortopedia do Quadril
Ortopedia da TEP CRM 4144

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Data Nasc.: 14/05/1976 42 Anos
Sexo: Feminino
Setor: Posto Pássaros - HSM

Atendimento: 2.321.875 Prontuário: 500.395
Dt. Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Convênio: PLAMTA
Apartamentos: PARDAL
Leitos

Data Alta: 18/10/2018 11:13:36
Profissional: Kairo Alderudes de Araujo Lima Santos
Motivo Alta: Alta melhorado
Setor:
Responsável Alta: Kairo Alderudes de Araujo Lima Santos
Necropsia:
Causa da Morte:
Resumo:

PACIENTE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERRIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGÉSIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

Dr. Kairo Lima
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia do Quadril
Cirurgia da Coxa
CRM-PI 14675
CEP 64040-413 TEC: 14675

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

B.10.H.B - 19.10.10

ESTUDO DA HISTÓRIA DE SANTOS

1

104

ପ୍ରକାଶକ ମାଲିକ

Paciente	ELISANGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Administramento	2321875
Órgão Nutridor	47 Anos	Sexo	Feminino
Endereço	RUA CASTELO DO PIRUL, 3955 Bairro: XAVIER TERESINA PI	Horário	18/10/2018 16:00
Detentor	PLANTA	Data	18/10/2018 21:00
Plano Alimentar	Basta Flossers - HSW	Observações	PARDAL
18/10/2018 17:41			
Dia/ hora	ANA MARIA RIBEIRO GOMES	Apresentação em Enema/gammag	414 MARIA RIBEIRO GOMES
Administração medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp 1 via: IV Da prescrição: 1656410 ANA MARIA RIBEIRO GOMES 18/10/2018 18:00:00			
Medicamentos Administrados			
Medicamento	Cloridrato de Fenilbutetamina Inj. Ap (25mg/ml 2ml)	ADM.	ADM.
Diárea Sólida Inj. Ap	18/10/2018 17:41:49	1 IV	414 MARIA RIBEIRO GOMES
Nome substituto			
Dose oral			
Reabastecimento			
Cloridrato de Fenilbutetamina Inj. Ap (25mg/ml KAIRO 2ml)	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Sifona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) KAIRO	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Kefasol 1 g Inj.	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Gel de Fr (25g/ml 120ml)	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Profeffol Inj Fr 1000mg Inj.	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Tramal 100mg/2 mL Inj Ap:2 mL	18/10/2018 23:13:54	ANGELA RAQUEL CARDOSO DE SOUSA	
Enxamparia 40mg Inj. Seringa			
Frascinho Ca 0,4mL			
Conselho			
CATE151			

FICHA DE ATENDIMENTO

1881 Jan 11

Otopidie

NOME: Obisangela de Jesus aceluer	DATA ATENDIMENTO: 15/10/18			
CARTÃO SUS: 	HORA: 20:19			
DATA DE NASCIMENTO: 31/2 Anos	SEXO: (<input checked="" type="checkbox"/>) M <input checked="" type="checkbox"/> F			
NOME DA MÃE: m. s	ENDERECO:	BAIRRO:	CEP:	CIDADE: Ceresina P.I.
QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito				
HISTÓRIA BREVE: AV. O. L. Melo	CID:			

SV Orthopedics

OBSERVAÇÃO OBJETIVA:

Events within one census & census, where
obs in terrain, cabin, fence or search
or columns. Col. Seven for

DADOS VITIAIS PA: T.: SPO FR.: PULSO: DOR:

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 de 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 ()

DROGAS:

ANSWER

DOENÇAS PREEXISTENTES:

— / / —

CONDUTA INICIAL

REAVALIAÇÃO:

NOME DO ENFERMEIRO

Luan & M. A. Incôdo

HORA:

20:30

~~PJ CORRETORA
DE SEGUROS~~

28 JAN 2019

DPVAT



FICHA DE ATENDIMENTO

2321875

Informação:	2321875	Data Informação:	16/10/18 19:00:44	Setor:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS			ESPERA 03	
Nascimento:	14/06/76	42a 4m 2d		Acomodação:	
Estado Civil:				Diária:	Apartamento privativo
Convênio:	PLAMTA				
PL.G/C.N.:	156.7463		982028158		3360.6803
Endereço:	RUA CASTELO DO PIAUÍ, 3866 BUENOS AIRES TERESINA PI				923.932.923-49
Nome da Mãe:	EDUARDO RIBEIRO XAVIER			ODETE MARIA DE JESUS XAVIER	
Procedimento:					
Responsável:	Funcionário: LUANA J				
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 o 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 _____ n° _____, 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 anomalias 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 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 _____

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Teresina, 16 de outubro de 2018.

Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

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.

ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Identificação: 2321875

Especialidade origem: Clínica Geral

Colaborador: PLAMTA

Especialidade destino: Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
DOR Á MOBILIZAÇÃO DE MIE

HPP: NEGA

RX : FRATURA FEMUR DISTAL

Solicito avaliação e conduta do especialista

Grato

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


Dr. Elisa Gómez de Castro
CRM 6813

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


Dr. Kairó Lins
CRM 4144

Descrição Cirurgia

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Cirurgião	43.153
Prontuário	500.395	Placa	1.854.194
Dt. Nasceto.	14/06/1976 42	Atendimento	2.321.875
Sexo	Feminino	Data Cir.	17/10/2018 17:35
Telefone	982028158	Duração	87
Carácter Cir.	Urgência	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Setor	Centro Cirúrgico I - HSM	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Convênio	PLAMTA	Anestesia	Raquidiana
Observação			
Proced Princ.	30725127 Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico		

Procedimento: 30725123 - Fraturas E/Ou Luxações Ao Nível Da Joelho - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699 KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Aldetru	CRM-P1 4144 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
3	Primeiro Auxiliar	6155 Miguel Ângelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	CRM-P1 4369 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
4	Segundo Auxiliar	392600 Eduardo Soares de Oliveira	4074	Dr. Eduardo Soares de Oliveira	CRM-P1 4074 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
5	Anestesista	395000 Diego Nunes de Oliveira	4926		CRM-P1 4926 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6	Instrumentador	401911 JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Dr. Miguel Ângelo Reis Filho	CRM-P1 619599 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
7	Circulante	529312 JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	Dr. Miguel Ângelo Reis Filho	CRM-P1 129148 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Procedimento: 30725127 - Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico

Função	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	390699 KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO	4144	Dr. Kairo Aldetru	CRM-P1 4144 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
3	Primeiro Auxiliar	6155 Miguel Ângelo Gonçalves Reis Filho	4369	Ortopedia e Traumatologia	CRM-P1 4369 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
4	Segundo Auxiliar	392600 Eduardo Soares de Oliveira	4074	Dr. Eduardo Soares de Oliveira	CRM-P1 4074 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
5	Anestesista	395000 Diego Nunes de Oliveira	4926		CRM-P1 4926 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6	Instrumentador	401911 JANACELIA MARIA DE SOUSA	619599	Dr. Miguel Ângelo Reis Filho	CRM-P1 619599 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
7	Circulante	529312 JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA	129148	Dr. Miguel Ângelo Reis Filho	CRM-P1 129148 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

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

Dr. Kairo
Ortopedia e Traum.
CRM-P1 4144

EDUARDO S. DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4074

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

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nascdo:	14/06/1976	Setor	Centro Cirúrgico I - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDESTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Codi usuário	33806803	Início cirurgia	17/10/2018 17:35:00
Atendimento	3321475	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09
Protocolo	600365	Cirurgia	43153

Participantes

		Participantes	Código prof
Funcião		Participante	
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	619359
Instrumentador		JANACELIA MARIA DE	619359
Primeiro Auxiliar		Miguel Angelo Gonçalves Reis	4359
Primeiro Auxiliar		Miguel Angelo Gonçalves Reis	4369
Segundo Auxiliar		Eduardo Soares de Oliveira	4074
Segundo Auxiliar		Eduardo Soares de Oliveira	4074
Tipo curativo	Lopofrafia	Tamanho	

Tipo curativo	Topografia	Tamanho	Equipamentos		
			Quantidade	Profissional	Observação
Equipamento				ONEDIA CASTELO BRANCO FORTES T	
Aspirado.			1		
Sistem Elétrico					
Cabo de aspiração			1		
Equipamento Captura - HSM			1		
Monitor cardíaco			1		
Oxigênio			1		
Perfumador Elétrico			1		

Evolução

Eventos

Horário	Evento	Profissional	Código prof
14:30	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
14:35	Entrada do paciente na sala cirúrgica	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:40	Início de Anestesia	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
17:45	Início do procedimento cirúrgico	ONEDIA CASTELO BRANCO	130601PI
19:02	Final do procedimento cirúrgico	JHENY ALENY DE SOUSA	1291489
19:15	Término da anestesia	MARIA KALINE ALVES	1274321
19:25	Encaminhamento c/ SRPA	MARIA KALINE ALVES	1274321
21:25	Saída do Sess. CC	JOSANIA MARIA CORDEIRO	45570

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

Procedimento	Médico	Procedimentos/Serviços	Porte	Qt d	Classificação	Lado
Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico				1		
Fraturas P/Os Luxações Ao Nivel Dr Joelho - Tratamento Cirúrgico				1		

JHENY ALENY DE SOUSA VIEIRA

Circulante

- 01 - placa Wagner Mts Jemar 12.F Esquerda.
- 05 - fórmas blgulas 6.0 x 65 , 6.0 x 75 .
- 07 - fórmas autometas 4.5 x 32
- 02 - fórmas autometas 4.5 x 34
- 01 - fórma de bolo 3.5
- 01 - fórma de bolo 2.4

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Atendimento	2.321.875
Data Nasc.	14/06/1976	Pront. Clín.	500395
Sexo	F	Quarto	PLAMTA
Telefone	982028158	De Entrada	17/10/2018 17:00
Procedimento Principal	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico	De Atend.	17/10/2018 17:35
Médico Cirurgião	KAIRO ALDESTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS	Duração	60
Médico Anestesiista	Diego Nunes de Oliveira	Cirurgia N°	43153
Medicamentos		Unidad. Medid:	Quantidade
Ácido Tranexâmico 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL		amp	3
Bextxa 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 Espinal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL		amp	1
Nerocina Pesada 0,5% (5 mg/ml - 4 mL)		amp	1
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)		amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frsc (1000 ml)		Fr	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecolac Frsc (500 ml)		Fr	3
Sulfato de Eledrina Inj. Ap (50mg/ml - 1ml)		amp	1
Sulfato de Morfina 0,2mg Inj. Ap-1 mL		amp	1
Materiais		Unidad. Med.	Quantidade
Aguilha 25x7 Desc.		un	1
Aguilha 40x12 Desc.		un	2
Atadura Crepom 15cmx 1,8mt (Rolo)		Rl	2
Atadura Crepom 20cmx 1,8ml (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 7,5x 7,5 13 Fios C/ 10 Unds		pc	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
Mononylon 2-0 1215 T		env	2
Mononylon 2-0 1215 T		env	1
Mononylon 3-0 163 T		env	1
Mononylon 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/ RAQUI)		un	1
Tranefix		un	1
Vicryl 0 J352H		env	2
Vicryl 1 J353H		env	3
Vicryl 2-0 J351H		env	2

Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nascto	14/06/1976	Setor	Posto Pássaros - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDETRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cód usuário	33606803	Tipo anest.	Raquidiana
Atendimento	2321875	Início cirurgia	17/10/2018
Prontuário	500396	Fim cirurgia	17/10/2018

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

Agentes anestésicos / Terapia Hidroeletrólítica / Medicamentos

Apresentação comercial	Unidade / dose	Hab/inspi	Dose total	Bolus	Ínicio	Final
Bextra 40 Mg Inj. SF 0,9% 500 mL	Bextra Inj. Fa (40mg) Soro Fisiológico 0,9% Ecotac Frsc (500	1 Frasco- 1 Bolsa 1 Bolsa 1 Bolsa 2 Frasco- 2 Litros por minuto		S	13:46	
Cefazolina 1g Inj. Oxigênio	Cefazolina 1g Inj. CILINDRO DE OXIGÊNIO WHITE MED			S	17:38	
Dipirona Sódica 500 mg/mL Inj. Ap-2 mL	Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/mL-2 mL)	2 Ampola		S	13:12	
Ondansetron 4mg [Inj.] Ampola C/ 2 mL	Ondansetron Inj. Ap (4mg - 2 mL)	2 Ampola		N	13:47	
Sulfato De Efedrina 50mg Inj. Ampola C/	Sulfato de Efedrina Inj. Ap (50mg/ml - 1	1 Ampola		S	17:41	
Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	Transamin 50 mg/mL Inj. Ap c/ 5 mL	3 Ampola		S	17:43	
Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	Neocaina Pesada 0,5% (5 mg/mL - 4 mL)	1 Ampola		S	17:39	
Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 ml.	Dimorf 0,2mg Inj. Ampola C/ 1 ml.	1 Ampola		S	17:38	
				S	17:36	

Sinais Vitais e Monitorização

Ritmo	ECG	PAS	PAD	PAM	FR	Temp	Sat O ₂	PVC	PAE	ST	MAEC	PIC	BCF
	bpm	mmHg	mmHg	mmHg	mm	C°	%	mmHg	mmHg			mmHg	bpm
19:07	Sinusal	100	130	87	88		99						
19:00	Sinusal	100	130	87	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 Adendo	Anestesia 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
-------------	--

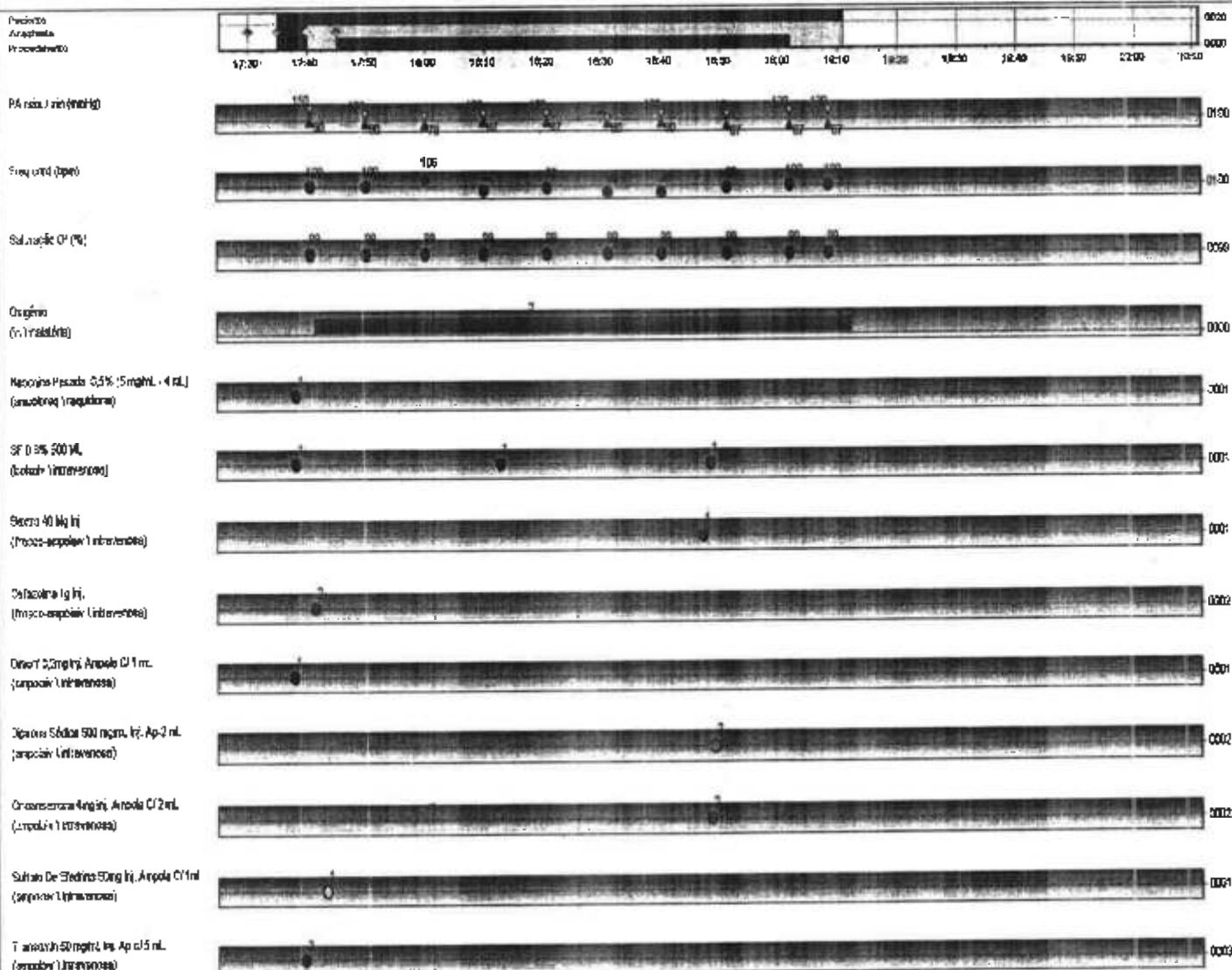
Resumo de insumos utilizados

Apresentação comercial	Dose total	Preço cobramos	Dispensado
Água Desitilada Estéril Ampola C/ 10 mL	60 mL	6 amp	0
Bextra Inj. Fa (40mg)	1 FA	1 FA	0

Gráficos do Prontuário Eletrônico Peroperatório - PEPO

Diretor Técnico Médico:

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Dt. Entrada	16/10/2018
Data Nascto	14/06/1976	Setor	Posto Pássaros - HSM
Idade	42 anos	Cir Realizada	Fraturas De Fêmur - Tratamento Cirúrgico
Sexo	Feminino	Cirurgião	KAIRO ALDESTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS
Convênio	PLAMTA	Anestesista	Diego Nunes de Oliveira
Cód usuário	33606803	Tipo anestesia	Raquidiana
Atendimento	2321875	Início cirurgia	17/10/2018 17:36:00
Prontuário	500395	Fim cirurgia	17/10/2018 19:02:09



SANIA
MARIA

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

CONVÊNIO
plantas
PRONTUÁRIO
500.395

- - - - -

Elisângela de jesus x. Santos

CIRURGIA

Fratura de Femur

ANESTESIA

Rag

185

17:33

TERMIN

100

ADMISSÃO

SREDA

HORA

WAG AÉRO

14

10:33

TERMIN

100

ADMISSÃO: SRPA	HORA:	VIAS AÉREAS	GASES	ALERGI
Admissão na SRPA no PDI de Fratura de Fêmur, em Dorsal e Iliac, Morava, orientava Vias rápidas via AA. Represa no local com bandagens no segmento - Sustentou		<input checked="" type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/>	Oz _____ min Ligado Desligado	

VISÃO GERAL DO PACIENTE

ACESSO VENOSO	Periférico Subclávia <input checked="" type="checkbox"/>	Flebotomia <input type="checkbox"/>	DRENOS	Tórax D <input type="checkbox"/>	Dreno a Vácuo
SNG	<input type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	Tórax E <input type="checkbox"/>	Abdominal <input type="checkbox"/>	
Gastrostomia	<input type="checkbox"/>	Cistostomia <input type="checkbox"/>			
Traqueostomia	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
F.O. - Sangramentos: SIM <input type="checkbox"/>			NÃO <input type="checkbox"/>		
MONITORIZAÇÃO					
Monitor Cardíaco <input type="checkbox"/>					
Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/>					
Capnógrafo <input type="checkbox"/>					
P.I.C. <input type="checkbox"/>					
Peça(s) Cirúrgica(s): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>			P.A.M. <input type="checkbox"/>		
Nº de Peças					

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

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



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 1861078)
 Prescritor: Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)
 Setor: Sala de Espera - HSM
 CID: W17 Outr quedas de um nível a outr
 Diretor Técnico Médico:

Almoxarife: 2.321.875 Faturamento: 500.395
 Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
 Liberação: 16/10/2018 19:19:21 Consulta: 16/10/2018 19:14:00
 Data Presc: 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:58:59
 Validade: 16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:58:59
 Letra/Quadro: ESPERA 03

Diétas: ZERO

PARDAL

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Vía	Observação
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	ACM IV	
Administrador 500 Millilitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Soro Glicosado 5% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrador 500 Millilitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
2 Ringer C/ Lactato Frasco (500 ml)	1 °	1 Frasco ACM IV	
Administrador 500 Millilitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	3x ao dia IV	20/04/12
Separar 2 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrador 12 Millilitros (3x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml)	1 Ampola	ACM IV	
Separar 10 Millilitros do medicamento em 100 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrador 110 Millilitros (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 Millilitros do medicamento em 10 Millilitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrador 12 Millilitros (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 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrador 100 Millilitros (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 Millilitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrador 100 Millilitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			

Procedimentos/Servicos/Exames

	Cto / Intervalo	Horários	Materiais
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	

Nível inicial: Nível Insulina: Glicose (IV) Sugestão:

RENAND

GATE144



2321875

Paciente ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS

Abandono 2.321.875

500.395

Nascimento 14/06/1976 42a 4m 2d

Peso

PLAMTA / APARTAMENTO

Data Entrada 16/10/2018 19:00:44

16/10/2018 19:19:21

1351078

Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM

16/10/2018 19:14:00

Prescritor Renan Delano Gomes Brito (CRM 4100)

16/10/2018 20:00:00 / 17/10/2018 14:59:59

Setor Sala de Espera - HSM

Validade 17/10/2018

Leito/Quarto

ESPERA 03

CID W17 Outr quedas de um nível a outr

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

ACM ACM

1 Vez 20

10 Sonda Vesical de Alívio (SVA) nº 12

11 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

Renan Delano G. Brito
Renan Delano Gomes Brito
CRM 4100

Dia líquida ab 09:30 e zero as 10:00hs. Nutrição c/ este
kitaria



Paciente ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Nascimento 14/06/1970 42a 4m 2d Peso:
Data Entrada 16/10/2018 19:00:44
Médico Resp Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 1851286)
Prescritor Elson Gomes da Castro (CRM 6813)
Setor Sala de Espera - HSM
CID W17 Outr quedas de um nível a outr
Diretor Técnico Médico:

Alimentação 2.321.875 Endereço 500.385
Comodato PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação 16/10/2018 21:42:51 Registro 1851286
Devolução 16/10/2018 21:41:00
Validade 16/10/2018 22:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Letra/Obra ESPERA 03

Medicamentos

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

D Dose / Intervalo / Via
20 Millilitros 3x ao dia VO22 06 14
LGAZ

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 6638)
Guia: **Mapex Copy 336D6803**

Identificação: 2.321.875 Documento: 500.385
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 16/10/2018 20:33:12 Prescrição: 1861210
Data Prescr.: 16/10/2018 20:32:00
Validade: 16/10/2018 21:00:00 / 17/10/2018 14:59:59
Senha: **Reus00**

Doutor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sonda Vesical de Demora (SVD)

Cid/Intervalo

Agora,

Materiais

Italo Lustosa Rolim
CRM 6638



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 femur

Atendimento	2.321.875	Prontuário	500.395
Convênio	PLAMTA / APARTAMENTO		
Liberação	18/10/2018 11:21:46	Prescrição	1856418
Data Prescr.	18/10/2018 11:20:00		
Validade:	18/10/2018 15:00:00 / 19/10/2018 14:59:59		
Letro/Quânto	PARDAL		

Medicamentos

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

1 Seringa 1x Tardé SC

Horários

Observação:

Dr. Kaino L/13
Ondrejka, Elizabeth
Circles to C.R.M.-P.R. TFCOT 1466

Dr. Kefro Lima
Ortopedia e Reumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-PI 4144 TECT 14678

Evolução Paciente

Paciente	ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS	Avançamento	2.321.875
Data Nasc.	14/06/1976 42 Anos	Promotor	500.395
Sexo	Feminino	De Entrada	18/10/2018 19:00:44
Telefone	982028158	Comodato	PLAMTA APARTAMENTO
Lelito	PARDAL		

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 FÉMUR 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
Ortopedia do Quadril
Ortopedia da TEP CRM 4144

Dr. Kairo Lima
CRM 4144

Paciente: ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS
Data Nasc.: 14/05/1976 42 Anos
Sexo: Feminino
Setor: Posto Pássaros - HSM

Atendimento: 2.321.875 Prontuário: 500.395
Dt. Entrada: 16/10/2018 19:00:44
Convênio: PLAMTA
Apartamentos: PARDAL
Leitos

Data Alta: 18/10/2018 11:13:36
Profissional: Kairo Alderudes de Araujo Lima Santos
Motivo Alta: Alta melhorado
Setor:
Responsável Alta: Kairo Alderudes de Araujo Lima Santos
Necropsia:
Causa da Morte:
Resumo:

PACIENTE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO , EVOLUI ESTÁVEL, FERRIDA OPERATÓRIA SEM SINAIS DE INFECÇÃO . RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÕES , ANALGÉSIA, PROFILAXIA PARA TVP, TEP E SEGUIMENTO AMBULATORIAL REGULAR

Dr. Kairo Lima
Ortopedia - Traumatologia
Ortopedia do Quadril
Cirurgia da Coxa
CRM-PI 14675
CEP 65710-143 TEC: 14675

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

B.10.H.B - 19.10.10

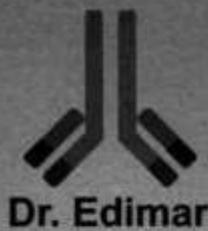
REVIEWS OF BOOKS

1

104

Administrado medicamento: Dipirone Sodico Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp 1 via: IV |
Data prescrição: 18/10/2018 18:00:00 |
Paciente: ANA MARIA RIBEIRO GOMES |
Número prescrição: 1856410 |
Hospital que emiteu a prescrição:

ପ୍ରକାଶକ ମାଲିକ



RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que o paciente
que segue abaixo seu nome foi vítima de
acidente de trânsito, fato ocorrido
no dia 15.10.18, tendo sofrido forte
trauma no MIE, curvando costela
fratura da perna distal do
fêmur exposta, fratura cirurgi-
camente fechada, fratura de ossos
caudais e fraturas ósseas associadas
profusa e fios metálicos
com fixação com fios metálicos,
rebatidas e quebradas; fortes
dores limitados aos movimentos
e sensação de desconforto,
deve-se ao sangramento e ainda
sobraram fragmentos de clavícula.
Costela curvada fratura fumado
nas de 80% e deve ser definida

+VY

29.04.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia e Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(85) 9 9532-1987 - Teresina-PI

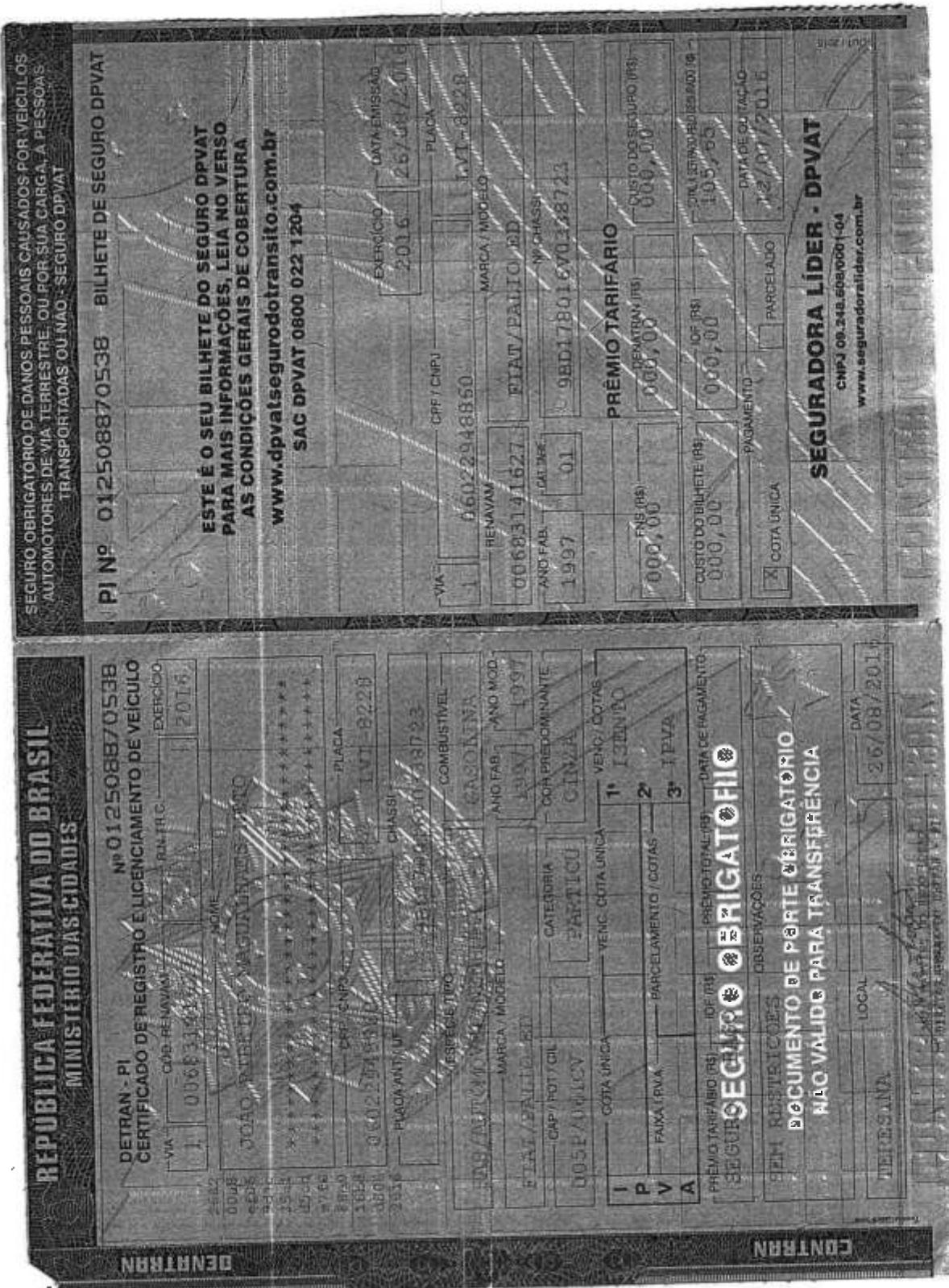
Residencial Tropical Park

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









REITORA
SEGUROS
- 8 JAN 2018
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.

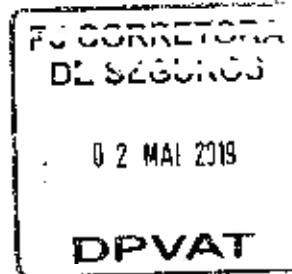
De já agradeço a atenção e aguardo um retorno em breve,

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 60°) 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 60°) 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 TERAPÉUTICA. 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 **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

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

Valorização 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 **Data do acidente:** 15/10/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

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

OUTORANTE:

Nome: Elisângela De Jesus Xavier Santos
RG: 1 557. 463 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 923.932.923-49
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Castelo Do Piauí Nº 4204
Bairro: Melhorana Cep: 64009-330 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 99962-3900 () ()

OUTORADO:

Nome: Alexandre De Jesus Sávio Souza Júnior
RG: 2728 865 Orgão 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

Registros de Serviços • Notas • Títulos • Documentos • Peças Jurídicas

Rua David Caldas, 485 - Centro - Teresina/PI - CEP 64001-190

Centro, (86) 3221-7513 - tjpi.jus.br - tjpi@outlook.com.br

Relat. Maria Elisabeth Pinto e Silva Melo

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DA ELISÂNGELA DE JESUS XAVIER SANTOS, EM TESTE, DA VERDADE, SOU FÉ. TERESINA,

22/01/2019 12:43:21

SELO AAA79153 - VK9B CONSULTE A AUTENTICIDADE EM

www.tjpi.jus.br/portalextra

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

28 JAN 2019

DPVAT

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

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 02/05/2019

Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSAO SOUSA JUNIOR
CPF: 037.930.763-42

Data do cadastramento: 02/05/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ALEXANDRE DE JESUS SANSAO SOUSA JUNIOR

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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, 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



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

Rio de Janeiro, 22 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



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



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:

Ricossa

Endereço:

Rua Castelo Do Piauí

Número: 4204

Bairro:

Momorane

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).

RENDIMENTO:

REUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 93.949

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Assinatura
de quem assina o RODO
e de quem assina o
RODO
do beneficiário
ou declarante

Local e Data, Teresina - PI, 23/01/2019

Nome: Elisângela de Jesus Xavier Santos

CPF: 923.932.923-49

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____ 28 JAN 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEL RODO, 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.