

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

maria de Rosario de fatima gomes

CPF da Vítima

647-207-273-04

Data do Acidente

23-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email:

647-307-273-04

Telefone (DDD)

86-98861-9597

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinlar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

13 JUL 2010

DPVAT

Teresópolis, 10 de Julho de 2010

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3203	02 Data do chamado 23/02/2013	03 PRO (código) 2597	04 Saída do PA 2350	05 Chegada ao local 2013	
Local da Ocorrência	06 Saída do PA 2036	07 Chegada ao 1º hospital Rua Bernardo Braga	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Bernardo Braga	11 Bairro Pq. Beira II	12 Município-UF Brasília-DF	Código IBGE 53000000000		
	13 Ponto de referência Campo Belo					
	14 Nome Maria do Rosário Estima Gomes	15 Sexo 1 - Masculino				
	16 Idade 43	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mes <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	CONCESSIONÁRIA DE SEGURANÇA	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	13 JUL 2013	
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - Pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Hospital de Destino	23 Glasgow 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais vitais Pulse: 15 Respir: 20 PA: 120/70 TAX: 74 SatO2: 98	25 Local da lesão 	
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉搏 Radial: 1 - Chalo Central: 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) A - Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades B - Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar C - Curativos Kred Assistência obstétrica	Glicemia 1 - Sim 2 - Não	Acesso Venoso 1 - Sim 2 - Não	Medicamentos: a) Morfina 1 amp 10mg b) glicose 50 ml c) metformina 1000 mg	
	32 Hospital de Destino HU				<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
			<input type="checkbox"/> Antes do socorro	<input type="checkbox"/> Antes do transporte	<input type="checkbox"/> Durante o transporte	
	<p>Paciente VH de corona e golpe na fronte, passou por laringite (já tratada), mau humor, naus e dor abdominal com queda dos mesmos. Última coceira com dor intenso na meia, fazendo explosão em 10 segundos, permanecendo de centro abdomen intenso, pérola extremo, dor moderada, clínica de dor. Nos últimos meus 10 minutos, desde laringite de corona e golpe com urticária (verde duro). transporte ambulatório,</p>					
	Italo Gomes Subunha Responsável pela recepção	Socorristas Médico AEPE Bruna	Dra. Lilia G. de Sousa CRM-PB 8517 Clínica Geral / Endoscopia	Enfermeiro Condutor Elany		

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: 06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000018247-0

Nr. da Autenticação F288724BED581E25



Para contato com
Electrobras, Informe
ao SAC

SEU CODIG

1542898-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Majorzinho 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 63040-007 Fone/Fax: (86) 3230-1200/3230-1203-5
Nesta Fase / Cotel de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de pagamento autorizado pela SEATEL (63) 3230-1203

MP da Mata Física 006650333

www.SantosEstreito.com - TSEEE

Lis 2º 10.434 de 26 de abrº de 2002.

CONTE MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	13/06/2018	236	177,37

MARTA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES
R. PORTO BELO 2025 B-URBANO
CPF: 00064730727304
CEP: 64.000-000 - TERESINA

BOT: 4.081.46.36.397299

LEP: 64.000-000 - FCAFM		DATAS DA LEITURA	
DADOS DA LEITURA		LW/H	
Atual:	1973	Ajuste:	06/06/2018
Anterior:	1737	Anterior:	07/05/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	09/07/2018
Consumo Médio:	236	Entrega:	05/06/2018
Consumo Futurizado:	236	Apresentação:	06/06/2018

ANSWER

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Másc. 12 num.
RESID. BX. RENDA	MONO	A2044621		1.4.1.1	165

HISTÓRICO EWS		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	290	CONSUMO	30 A R\$ 0,287121 =
ABR/18	273		70 A R\$ 0,492223 =
MAR/18	212		120 A R\$ 0,738327 =
FEV/18	229		15 A R\$ 0,820362 =
JAN/18	421	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,88
DEZ/17	153	DIFERENCA DE TARIFA	52,58
NOV/17	159	SUBVENCAO BAIXA RENDA	35,98
OUT/17	0	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	0,94
SET/17	0	MULTA POR ATRASO 05/18-00	4,00
AGO/17	0	JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00	0,00
TARIFA SP TRIBUNAL:		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,37
8 A	-	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,72
31 A	-		
100 A	-		
220 A	-		

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2013

DPVAT

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO PESO		B40C.EA2B.1991.C33E.B2A3.9000.0233.4FA0	
COMPONENTE DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	38,54	Base de Cálculo:	197,35
Energia:	73,28	Aliquota ICMS:	27,00%
Transporte:	11,53	Valor do ICMS:	53,28
Encargos:	11,67	Valor do PIS:	1,61
Trânsito:	62,33	Valor do COFINS:	7,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19	10,39	20,77	3,30	5,60	13,20	2,94
0,00			0,00			0,00

PORT

04/2013 59

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Cristiano Emerson De Souza

RG nº 1.575.207, data de expedição 13/07/150,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 740.307.953-15, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BRUNEL PARRUF BRASIL TU, nº 2655,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mariano Roanha de Oliveira o condutor era
Cristiano Emerson De Souza

Veículo: MOT

Modelo: BROS 160 NXR.

Ano: 2017

Placa: PJU 3308

Chassi: 9G2R0J00C HRD32911

Data do Acidente: 23-02-2018

Lugar e Data: Teresina-PI, 29/06/2018

*PP CORRETORES
DE SEGUROS*

13 JUL 2018

DPVAT

Cristiano Emerson De Souza
Assinatura do Declarante



TERESINA-CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANA LÚCIA GONÇALVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LIZÂNDRO NOGUEIRA, 1020 CENTRO - CEP: 64000-300 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-2886 - E-mail: cartorio3notas@terra.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CRISTIANO EMERSON DE SOUSA.
DOU FE. EM TESTIMÔNIO DA VERDADE, TERESINA-PI, 29/06/2018.
Escr. 3,71 Tl: 0,74 Selo 0,23 Total: 4,70 Selo: ABF.74769 (F590P646)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada

Tabelião

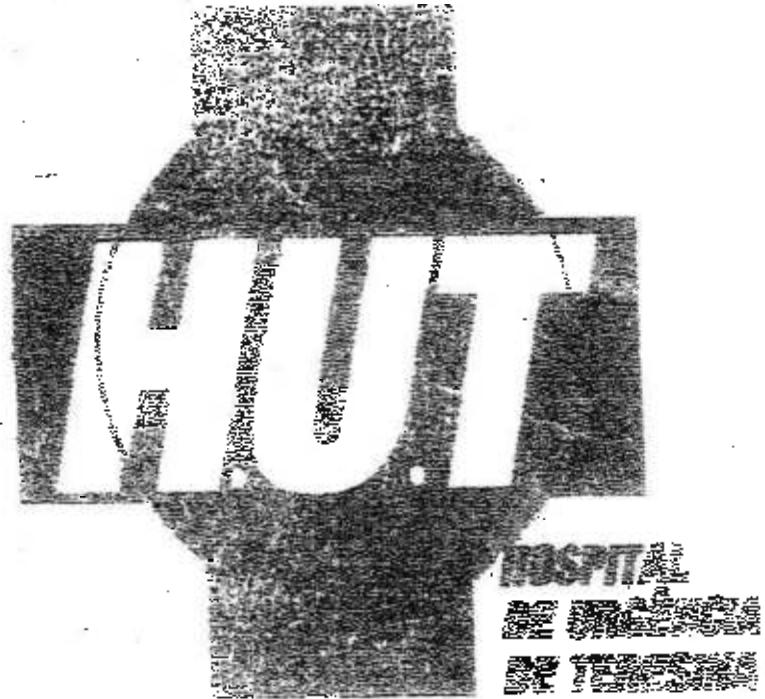
Escrivente autorizado

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atlas de Notas,
Registro e
Judiciais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABF-74769

CARTÓRIO THEMIS COLES SAMPÃO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrivente Compromissada
Teresina - PI





COPIA
DE CONSULTA
DE SECUNDÁRIA

13 JUL 2003

DPVAD

NOME DO PACIENTE: Maria do Rosário BG
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 469469 Antônio
Gomes

SERVICOS DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ COPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR COPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA - PI - CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0021-02

NEURO
curso paral
SUS SUS
Ortopedia

Lote: 06/02/2018 01:00:40

Usuário: RABELO RICARDO
Responsible: RECEPCIONISTA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES		<u>Frontuário:</u> 469036
<u>Mãe:</u>	ANTONIA LEONILTA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u>
<u>End.Resid.:</u>	RUA DA PORTO BORGOES 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u>	17/01/1974	<u>Idade:</u> 44 Anos:7m
<u>Sexo:</u>	Feminino	
<u>Responsável:</u>	MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	
<u>CNS:</u>		
<u>Profissão:</u>	CPF: . . . - RG: 1507555 - PI	
<u>G. Instrução:</u>	Fundamental Incompleto	
<u>E.Civil:</u>	Comunhamento	
<u>End.Local.:</u>	-	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 652355	<u>Data:</u> 24/02/2018 00:57:21	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S 0 9
<u>id.Trab.:</u> Nô	<u>Trajeto:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

ADOS CLÍNICOS:

Pt vítima de acidente motociclista no proximo dominal 1h no boro o uso de capacete, refere impacto de baixo de cintura. No boro referiu perda de consciencia. A 1 hora apos o acidente em uso de óculos escuro e proximidade riadada. B: MV+ sem PA, AC, BNF, 2/5, C: FC: 96; SatO₂: 99%. D: ECG: SS, pupilas irregulares, 10mm separadas. Conjectura exerto em tornozelo esquerdo, referindo dor em MTC

EXPLORAÇÃO COMPUTADORIZADA

PA _____	X _____	União EXAME: Pulsos: <u>Lento</u>	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Disponibilidade inicial:		DATA: 24/02/18 às 01:39		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Solutio TC de crânio, Rx de tornozelos, Tornozeleira E.	RAIO-X REALIZADO
- Rx de Tornozelos IV, punhos	DATA 23/02/2018
- Coletor de urina IV	Técnico: <u>S</u>

Dr. Edvaldo Sales Suspiro
CRM-PI 6421

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. gen: CRM-PI 6421
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<u>HORA:</u> :

<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> TMD	<u>Proced. Solicitado:</u> _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u> _____
			<u>Prof. Solicitante</u> <u>Internação:</u> _____



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Cito 1820 - Hederópolis - São Paulo 06322-4872
CEP: 06322-917 / 0022-02

Impresso em 24/02/2015 01:03:44

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	<u>Prontuário:</u> 469036		
<u>Mãe:</u> ANTONIA LEONILIA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u>		
<u>End.Resid.:</u> RUA RUA PORTO BELO 06 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 17/01/1974	<u>Idade:</u> 44 Anos	<u>Sexo:</u> Feminino	<u>Fone:</u> 86-96852-8712
<u>Responsável:</u> MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	<u>CNS:</u>		
<u>Profissão:</u>	<u>Documento:</u> CPF: - - -		
<u>G. Instrução:</u> Fundamental incompleto	<u>E.Civil:</u> Comunhante		
<u>End. Local.:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 652355 | Data: 24/02/2018 00:57:21 | Clas. Cor: Indefinido

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitud: 04/09/2014 01:20 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: fratura exposta de fermeira C

CH: AD

CPA-44-6965
OTTO DEAK
Banco de la Provincia de Santa Fe
Sra. Scilitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura do Poder - Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

13 JUL 20

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 54453

AIH: 2218100113724

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002950568191	MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	17/01/1974	F	469036
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		ANTONIA LEONILDA MARIA DA CONCEICAO	MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES	
CEP	ENDERECO - LUGRADOURO			NUMERO / LOTE
				48
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
PARQUE BRASIL II		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA NO TORNOCÉLIO ESQUERDO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURA/LUXAÇÃO DO TORNOCÉLIO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

100 CORRETOR
DE SEGUROS

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/02/2018

FREDERICO ARAUJO LEITE

CPF: 87639432391

CRM:

13.311.263

DATA ADMISSÃO

24/02/2018 01:03

DATA ALTA

03/03/2018 15:41

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNR EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVIAÇÃO
AUDITORIAERICIA PATRICIA CHAVES
CPF: 39673341309

CRM:

DATA ANÁLISE 24/02/2018 04:57:02

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



MUNICÍPIO DE TERESINA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO ALÉrgica

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	<i>Maria do Rosário da F. Gomes</i>	IDADE	44	anos	DATA	24/02/2018
------	-------------------------------------	-------	----	------	------	------------

HORÁRIO DE ADMISSÃO	09 hs 25 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL	() RAQUE	() BLOQUEIO	() PERIDURAL	() SEDAÇÃO
---------------------	--------------	-------------------	-----------	-----------	--------------	---------------	-------------

CIRURGIA REALIZADA	LAC	CIRURGIÃO	<i>CHAGAS</i>
--------------------	-----	-----------	---------------

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	109 x 60	110 x 63
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	75	82
SATURAÇÃO DE O2 (%)	92	96
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

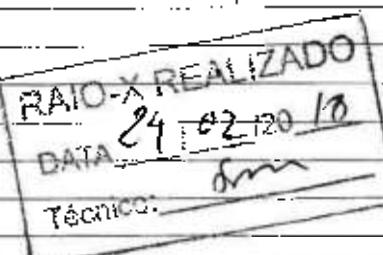
ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ()	2 ()
	Movimenta dois membros	1	1 ()	1 ()
	E incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ()	0 ()
PESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ()	2 ()
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 ()	1 ()
	Tem sonoia	0	0 ()	0 ()
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ()	2 ()
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ()	1 ()
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ()	0 ()
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ()	2 ()
	Deserta-se se solicitado	1	1 ()	1 ()
	Não responde	0	0 ()	0 ()
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ()	2 ()
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ()	1 ()
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ()	0 ()

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10	TOTAL
ESCALA DE DOR ALTA	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10	ASS.

() SONDA VESICAL	() DREN. DE SUÇÃO	() DREN. TORÁCICO	() DYE	() COLOSTOMIA	() SONDA () NASOG. (NASOE)
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 09:25 - Paciente chega no RPA no PDI de fixação externa de tornozelo "E", consciente, respiração espontânea, humor dinamicamente estável, em HU, sem queixas. Nenhum

Noémia Tostes Borges
 ENFERMEIRA
 CREF/SP/1167455



PREScrição MÉDICA	ALTA SRPA
-------------------	-----------

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde

Orthop
critica

Maria do Rosário
NOME DO PACIENTE
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

MECHANICAL THERAPY

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 56200

AIH: 2218100116892

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HCT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS NOME DO PACIENTE

898002950568191 | MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
1981/1974	F	469036

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

869442521 | ANTONIA LEONILDA MARIA DA CONCEICAO

RESPONSÁVEL

MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

48

UF

BAIRRO COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

PARQUE BRASIL II

TERESINA

PE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA NO TORNOCZELO ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
5823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COM/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0480050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR (TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNOCZELO)

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

**CARÁTER
URGÊNCIA**

DATA SOLICITAÇÃO

TREJERICO ARAUJO LEITE
CRM: 87639401391

CRM:

DATA ADMISSÃO
02/03/2018 15:41

DATA ALTA
03/03/2018 10:55

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE **CNPJ SEGURADORA** **Nº DO BILHETE** **SÉRIE** **CNPJ DA EMPRESA** **CNAE EMPRESA** **CBOR** **NATUREZA DA LESÃO**

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

**NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIA**

MARCOS DE MELLO MARTINS SANTOS MOLERA
CPF: 07939400163

CRM:

DATA ANÁLISE: 02/03/2018 16:42:07

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinatura de Marcos de Melo Martíns Santos Molera
CRM: 07939400163
Data: 02/03/2018 16:42:07
Craicat - Centro de Referência em Crise e Trauma



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 02 / 03 / 18

NOME DO PACIENTE:	<i>Maria do Rosário de Fátima Gonçalves</i>	PRONTUÁRIO Nº:	<i>469036</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Cisto pilo sebo</i>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>Rogelio</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGÃO:	<i>Dr. Ricardo Valenca</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Dr. Ricardo</i>	CRM: 3766 - TECI: 11456	CPF Nº:
ANESTESIA:	<i>Wl Ademir</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Vanessa</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
ACULHA 25X8	UNID.	<i>01</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>—</i>		LUVA Nº 8,5 / 7,5	PAR	<i>01/02</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>01</i>		LUVA Nº 7,0	PAR	<i>03</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>01</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>10</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>100</i>		PVP1 DE GERMANTE	ML	<i>—</i>	
ALGODÃO	BOLA	<i>—</i>		PVP1 TÓPICO	ML	<i>—</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>—</i>		PVP1 TINTURA	ML	<i>—</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>04</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>01</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>01</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>20</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>01</i>	
ESCALPE Nº	UNID.	<i>—</i>		SERINGA 3CC	UNID.	<i>—</i>	
FORMOL	ML	<i>—</i>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.			SONDA URETRAL	UNID.	<i>—</i>	
JELCO Nº	UNID.	<i>—</i>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		<i>—</i>		Escalp - 03 unid.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		<i>—</i>		Estetodas - 05 unid.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG		<i>—</i>		Oregon - 02 unid.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG		<i>—</i>		Clorox degumante - 30ml			
ALCOFIL		<i>—</i>		Clorox alcoólica - 100ml			
MONONYLON	<i>2.0</i>	<i>01</i>		Álcool gelosoal - 20ml			
FITA UMBILICAL		<i>—</i>					
VICRYL	<i>0</i>	<i>02</i>					
PROLENE		<i>—</i>					

mononylon

3.0

01

MOD - 094

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: *Sana*



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

*Pelvis da fêmea de feto
fêmur da fêmea e
trochanter*

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico pré-operatório

1º Assistente

3º Assistente

Anestesia

Dr. Ricardo Valenca
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3766 / FETO: 11405

Anestesiologista

Início

Fim

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Movim V/S H1 reb onto
artigo reb op
dura curva & rediz
por em reab op
- oto da broa
a tato viável & fad*

Dr. Ricardo Valenca
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3766 / FETO: 11405



HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉNICA DE TERESINA - PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA



JORNAL MUNICIPAL DE SÃO PAULO
EDIÇÃO DE PRESENTE - 1911

PREScrição / Lúcia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcos do Renéio de Paula Góis IDADE 60 ANOS DATA 02/03/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIANO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>102x68</u>	<u>17:20</u>	<u>139/70</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>78</u>		<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97%</u>		<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Eudócio</u>		<u>Eudócio</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

	ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Movimenta os quatro membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	1	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	3	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CHALADAÇÃO	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Tem apneia	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Desperga-se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Não responde	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

TOTAL

09

10

ASS.

Cirurgião: Dr. Júlio Cesar Ferreira
Assistente: Dr. Júlio Cesar Ferreira
Enfermeira: Dr. Júlio Cesar Ferreira

SONDA () NASO () INASO ()



SONDA VESICAL

IDRENO DE SUÇÃO

IDRENO TORACICO

() DVE

TOTAL

09

10

OCAÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:10- Paciente admitido na SRPA em PTO de fratura de T12 (), sob efeito de raquianestesia comacente orientada, faríngea, suprarenal, 100% TV em curvo, 400V estáveis.

Cirurgião: Dr. Júlio Cesar Ferreira
Assistente: Dr. Júlio Cesar Ferreira
Enfermeira: Dr. Júlio Cesar Ferreira

RAIO-X REALIZADO

DATA 21/3/2018Técnico Quintino

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

CIRURGIANO: Dr. Júlio Cesar Ferreira
ENFERMEIRA: Dr. Júlio Cesar Ferreira
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Júlio Cesar Ferreira

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI. [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] INEU [] CIR

1371255



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Leandro do Rosario de Oliveira	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	00000000000000000000	LEITO
À CLÍNICA	ATENÇÃO AO PACIENTE	2371255

MOTIVO DA CONSULTA

Assunto ao paciente com ressaca

DATA 25/08/2014

Dra. Tercio N. Leal
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PB 336-MA

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Regular estado geral, apneia, afecção

Consciente, orientada

A.C.: ritmo regular + s/ sopro

E.C.G.: normal HAB: 9:016

Ritmo: H.A.S

Nya: 0m2 / 10 / 1AM / SVC

Conclusão: Baixo risco pelo
algoritmo ABC

DATA 25/08/14

Thalles T. R. de Souza
Cardiologista
CRM-PB 3460

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

237

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/02/2018

NOME DO PACIENTE: <i>Maria do Rosário de F. Gomes</i>		PRONTUÁRIO N°: <i>469.036</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Sentença de cangalho (L)</i>	CIRURGIA: <i>J. Imp. Dr. J. L.</i>
ANESTESIA:		Nº DA SALA: <i>Acayaba</i>
CIRURGIA:		CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:		CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <i>Seleni</i>		CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA N° 7,5	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 13,0	PAR		
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE C/ REXOMMA 150			
ALGODÃO	BOLA	—		PVP HÓTICO CLOROXIDINA 100ML C/ 150			
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Atendendo de crapeum — 15m - 01</i>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>V. J. Souza</i>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(s)

Data da Operação

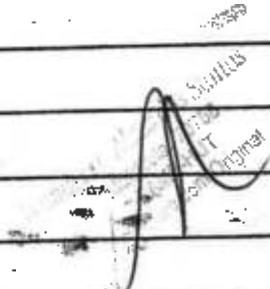
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Maior parte das gônadas
foram saudadas
e se sentiu
Aberto o diafragma
fim de gônada por gônada
fim de cintura





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Cândido Tito 1820 - Redenção - Fone: 66 3218-5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES (Prontuário: 469036)
Endereço: RUARUA PORTO BELO CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1974 Idade: 44a2m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662355
Requisição: 817024 Solicitação: 24/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1011592 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exam: 24/02/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na fibula distal.
Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FERREIRA

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES** (Prontuário: **469036**)
 Endereço: **RUARUA PORTO BELO CS 2025 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **17/01/1974** Idade: **44a2m28d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **652355**
 Requisição: **817026** Solicitação: **24/02/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1011593** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 24/02/2018

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na fibula distal.
- Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FECPF: 133.903.173-88 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Exame feito em 24/02/2018
 Radiografia da Perna Esquerda
 Corte Coronal
 Corte Longitudinal

**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo**Nome:** MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**Data do exame:** 04/05/2018**Id Paciente:** 385774**Data do laudo:** 18-05-2018**Ralo X de Tornozelo Esquerdo**

Osteossíntese com placa, parafusos e fios metálicos nos maleolos lateral e medial, bem como na região metafisária distal da fibula, sem sinais de soltura de seus componentes.



Dr. Alexandre Monteiro
Médico Radiologista
CRM-PI: 3678

MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53

ART TIBIOTARCICA, FRN
LOW EXM
Im: 1 / 4
2964 X 2364

E

W: 1023 L: 511
MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53

ART TIBIOTARCICA, LAT
LOW EXM
Im: 3 / 4
2370 X 1770

E

31,91% W: 1023 L: 511

31,91%
MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53

ART TIBIOTARCICA, LAT
LOW EXM
Im: 2 / 4
2964 X 2364

E

31,91%
MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA MARIA, DO ROSARIO DA UNIÃO AOGOSPITALAR DE TERESINA
044Y F 385774 04/05/2018 044Y F 385774 04/05/2018
Nasc: 17/01/1974 12:23:53 Nasc: 17/01/1974 12:23:53

ART TIBIOTARCICA, LAT
LOW EXM
Im: 2 / 4
2964 X 2364

E

W: 1023 L: 511
40,07% W: 1023 L: 511

40,07%
40,07% W: 1023 L: 511
40,07%



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
647.307.273-04

Nome
MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA GOMES

Nascimento
17/01/1974

CÓDIGO DE CONTROLE
E83C.637C.3758.5D14



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 12:00:15 do dia 20/06/2018 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 08

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Seguradora Líder - DPVAT

ACESSO AO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE EDAMS ID

1

1

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA	mauia do Rosário da Fátima Gómez	DATA DO ACIDENTE	23-02-2018	CPF DA VITIMA	647.307-273-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		Márcia do Rosário da Fátima Gómez			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	EX-VITIMA	1) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM	A VITIMA	é a filha da Presidente da	Gómez
ENDERECO DO PORTADOR	Rua Santa Cecília	Bairro	Vila Brasil		
Nº	225	COMPLEMENTO	Casa		
CIDADE	Foz do Iguaçu	UF	PR	CEP	64.000-000
E-MAIL		TELEFONE	(65) 98861-9597		

MARQUEE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS -

- (✓) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL. KÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL.

(✓) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO [KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL]

(✓) CPF DA VÍTIMA (KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(✓) LAUDO DO IML (KÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(✓) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(✓) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE POLHÁ DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE -**

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CERTIDAO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPRAVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

1

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL);

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL);

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL);

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

RECENT TRENDS IN COMPUTER EVENT TAPES—DAMS

- | | |
|--|---|
| <p>DOCUMENTOS COM LETRAS MAIS GRANDES</p> <p>(<input type="checkbox"/>) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIFICAÇÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>(<input type="checkbox"/>) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)</p> <p>(<input type="checkbox"/>) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)</p> <p>OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE</p> | <p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>VALORES DE INDENIZAÇÃO</p> <p>MORTE = R\$ 13.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAMATIDE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOS ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR DEVE SER PAGO AO FIM DA CURA, NO MÁXIMO DE 12 MESES.</p> |
|--|---|

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**

 - MORTE = R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIARÁ CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABERA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAHMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REVERBOLSO), ESTE VALOR VARIARÁ CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

EDUCATION POUR LA SÉCURITÉ DES MÉTIERS DE L'ÉNERGIE

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES**

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PREDATOR-PREY DYNAMICS

DATA _____ NOME _____

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE QUAIS ANOS, PODERÁ SER PAI OU MÃE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA,PARAFUSO E FIOS) E ALTA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA,PARAFUSO E FIOS) E ALTA HOSPITALAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO D EMOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TORNOZELO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METÁLICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++/4+) E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXAO E DA FLEXAO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321681 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METÁLICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++/4+) E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXAO E DA FLEXAO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

Nº Sinistro: 3180321681

Vitima: MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES

Data do Acidente: 23/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321681**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Sinistro: **3180321681**

Vítima: **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Data do Acidente: **23/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180321681** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



**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

Sinistro: **3180321681**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DO ROSARIO DE FATIMA GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PORTO BELO n° 2025 - CENTRO - TERESINA/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1507556 - SSP**

Data e local do acidente: **23/02/2018 TERESINA/PI**

Data e local do exame: **01/08/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA E COM FIOS DE KIRSCHNER E FIOS METALICOS NA TIBIA ESQUERDA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

SINISTRADA EVOLUIU COM AUMENTO DE VOLUME (++/+) E RETRAÇÃO CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO E COM RESTRIÇÃO ACENTUADA DA DORSO / FLEXAO E DA FLEXAO PLANTAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL INTENSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
MÉDICO
CRM: 57595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

647.307-273-04

Maria do Rosário de Fátima Góes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Maria do Rosário de Fátima Góes

CPF titular da conta

647.307-273-04

Profissão

Ruas

Endereço

Rua Paulista Belo

Número

2025

Complemento

Casa

Bairro

URBano

Cidade

Teresina

Estado

P.

CEP

64.000-000

Email

Telefone (DDO)

86-98861-9597

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

BANCO

Nome

NAO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DAV

D/V

AGÊNCIA Nº:

D/V

CONTA Nº:

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**P.J CORRETORA
DE SEGUROS**

Teresina, 10 de Julho de 2018
Local e Data

13 JUL 2018

Maria do Rosário de Fátima Góes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000348/2018-97

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 05/07/2018 - 14:22

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

23/02/2018 - 23:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PARQUE BRASIL

Endereço

RUA DO POSTO DE SAÚDE ANTONIO NORONHA FILHO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

POSTO DE SAÚDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1575207 SSPPPI PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE SOUSA

Endereço: RUA BRUNEI 2655 PARQUE BRASIL, III, Nº

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2013

DPVAT

Nome: MARIA DO ROSARIO DE FÁTIMA GOMES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1507556 15075 PI

Mãe: ANTONIA LEONILIA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA PORTO FELIZ, Nº 172

Complemento: ZONA NORTE DE TERESINA

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPÍ

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA DO PARQUE BRASIL II, CONDUZINDO A MOTO HONDA/NXR 160 BROS , COR BRANCA, ANO 2017, PLACA, PIU-3308, RENAVAM 01133571880 DE SUA PROPRIEDADE , TENDO COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO A SENHORA MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA GOMES, ACIMA QUALIFICADA, E NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE SAÚDE Dr. ANTÔNIO DE NORONHA FILHO, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIAM EM UMA RUA PERPENDICULAR, INVADIRAM A VIA, COLIDINDO COM A MOTO CONDUZIDA PELO NOTICIANTE, FICANDO A SENHORA MARIA DO ROSÁRIO LESIONADA SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 469036 DO HUT, PARA ONDE A FOI LEVADA APÓS SER SOCORRIDA PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681

AGENTE DE POLÍCIA

Cristiano Emekson de Souza
CRISTIANO EMEKSON DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000348/2018-97

Delegado de Polícia

