



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 81 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

José de Macks Moraes

inscrito (a) no CPF/CNPJ

048.056.943 / 60

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Amanda Cristina Carvalho Damasceno

inscrito (a) no CPF sob o nº

401.171.823 / 54

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Amanda Cristina Carvalho Damasceno

inscrito (a) no CPF sob o nº

401.171.823 / 54

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Benjamin Constant

Número:

852

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Campo Maior

Estado:

Piauí

CEP:

64280-000

E-mail:

Tel. (DDD)

(86) 98150-3338

Local e Data:

Campo Maior (Pi), 23/08/2019

Assinatura do Declarante

José de Macks Moraes

SECRETARIA
DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, RITA CIPRIANA DOS SANTOS

RG nº 2.252.440 SSP-P2, data de expedição 04/10/2002

Órgão SSP-P2, portador do CPF nº 008.224.903-23

com domicílio na cidade de SATUBA DO PIAUÍ, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PERGENTINO MENDES, nº S/N,

complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO, cujo o condutor era

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2014/2014

Placa: PIE-4914 Chassi: 9C2H302J0ER467766, CORRETORA

Data do Acidente: 16/08/18 DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

Local e Data: CAMPO MAIOR, PI, 16 DE AGOSTO DE 2019

Rita Cipriana dos Santos

Assinatura do Declarante

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

Cartório Extrajudicial de Campo Maior

AVENIDA JOSE PAULINO, CENTRO - Nº 904, CAMPO MAIOR - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RITA CIPRIANA DOS ANJOS
EM TEST. DA DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 16/08/2019 11:35

Thais Rocha

THAIS TUYANNE DA SILVA ROCHA - ESCRIVENTE

Emol. R\$ 3.85 TJ; R\$ 0.77 MP; R\$ 0.10 Selo; R\$ 0.26 Total: R\$ 4.88.



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR-PI
ThaisTuyanne da Silva Rocha
Escrivente

Dr. Frederico Araújo Leite

Ortopedista

CRM - PI 3716

Av. José Paolino, 284 - Centro - Fone: (86) 3252-1525

Campos Maia - PI

Amenda Cristina Cavallio Damasceno

Laudo Médico

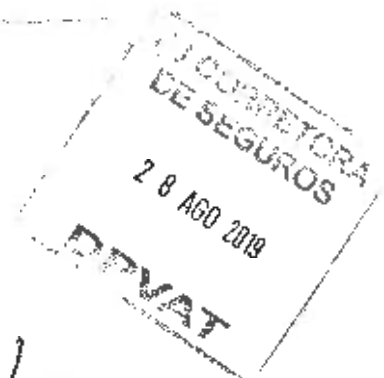
Paciente portadora de deficiência física
(Amputação transtumbosa) membro inferior (D)
em caráter definitivo.

Apresentou grave fratura em MIO evoluin-
do com isquemia do membro e amputação
nível de coxa (C) em outubro de 2018.

MIO I 74.3

S 72.3

C. Maia, 06.05.19



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a long horizontal stroke and a loop.



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: 00200871
Data: 16/09/2018
Funcionário: NAYARA

Registro: 29646
Hora: 12:15:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 39

SUS

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Nasc.: 10/02/2001 Idade: 17 ANOS, 7 MESES, 6 DIAS Profissão: ESTUDANTE
End.: ASSENTAMENTO TABOCA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI
Cor: PARDA Telefone: (86) 9813-97342 Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301050118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301050061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Hora: _____
☐ Internação

História Clínica/Exame físico:

com toxicidade h+ i h+ apresentando fratura
Exames Complementares: Exposto de fcd (pele) Apoz - 99% FC - 130 bpm

Diagnostico provavel:

1) Trauma (Soc. h+), 1 ampa + 300ml SF 8%, 2% Ev
2) Cefalotina 1g 2 ampa + 8ul mg Ev bolus
3) Cetoprofeno 100mg 1 ampa + 100ul SF 8%, 2% Ev
4) Ringer lactato 1 - 2000ml Ev h+ p+
5) RDX 2 g de 10 D + perna D + P perfil
6) Difenidril (Soc. h+) 4ul + 9,0 ul AD, faz 3ul
Ev bolus, 13%

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 12:23:44

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, APRESENTA LESÃO EM FACE E PERNA DIREITA

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Medicação Usual:

PA: 100/70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA HAS E DM

Conduta: ENCAMINHADA AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora: _____

LEIDIANE DAMASCENO
Paciente ou Responsável

Dr. Elenilson Lages
MÉDICO
CRM-PI 4121

4121 - ELENILSON TORRES LAGES
Médico Responsável

393116 - JOICIANE DE ANDRADE RODRIGUES
Enfermeiro Responsável

(13:30) Pot dau entile nsti unu hospital
urina de accidente motociclistic, com putu
de puna (D) Reguleto, sonda son de mediatu.
figura em ambulanti de nungu de urgen.

Fabio Biapina S. Silva
ENFERMEIRO
COREN-PR 344.307

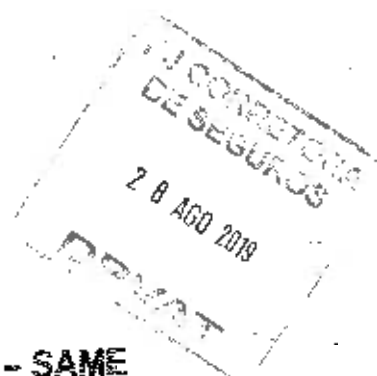
Alto



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Amândia Lúcia dos Santos Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488974



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO		Prontuário: 488574
Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA	Pai:	
End. Resid.: ASSENTAMENTO TABOCA - ZONA RURAL - JATOCA DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000		
Nascimento: 10/02/2001	Idade: 17 anos	Sexo: Feminino Fone: 86- -
Responsável: LEIDIANE	CNS:	
Profissão: ESTUDANTE	CPF: * RG: 4659501 - SSP/PI	
G. Instrução: Médio Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684558	Data: 16/09/2018 15:05:20	Condução: AMBULANCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Id. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Pac. vítima de acidente motociclistico há ± 3 horas, sem uso de capacete, refere não ter perda de consciência no local.

(A) Via aérea permeável, S1 colar cervical (B) MV+ em AHT, S1 RA

(C) AC: RR em RT, BNF, S1 S. Hipocorada, Abd: inocente

(D) RR em RT, dige, consciente, sonolenta, ECG: MY, pupilas isocóricas, tóno vagante.

(E) sinal de fratura externa em perna direita, escoriação em região frontal

PA: 80 x 60 mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito: Raio-X de pulv. perna D, coxa D e tornozelo D.

SFO, 9% - 1000 ml, EV, Agora

ALTA:		DESTINO:	
() Melhorado	() Administrativa	() Família	
() Curado	() Por Indisciplina	() TML	
() Inalterado	() Por Evolução	() Anat. Patol.	
() A Pedido			
ÓBITO:		CID Compatível:	
() Até 24 Hs			
() De 24 a 48 Hs			
() Após 48 Hs			
		Prof. Solicitante Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 16/09/2018 15:08:31

RODRILFO MARTINS

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO		Prontuário: 488574
Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA		Pai:
End. Resid.: ASSENTAMENTO TABOCA - ZONA RURAL - JACOSA DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000		
Nascimento: 10/02/2001	Idade: 17a/méd	Sexo: Feminino Fone: 86- -
Responsável: LEIDIANE		CNS:
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 4659501 - SSPPI
G. Instrução: Média Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684558	Data: 16/09/2018 15:05:20	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)		Convênio: 03

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 16/09/18 16:20 **ESPECIALISTA:** Cirurgia Geral

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reavaliado, segue com quadro clínico em evolução fisiológica, sem conclusão adicional da cirurgia.

Carimbo/Assinatura Solicitante: Dra. Anderson M. Campos, Médica, CRM-PI 1142

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 16/09/18 18:25 **Ortopedia CC**

Paciente em sala de CC ainda 81 anos, com PA: 106 x 70 mmHg + referir sede. Tem escoriação facial + escoriações.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: 28/09/2018

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 16/09/18 18:25 **ESPECIALISTA:** Ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: membros inferiores, onde HT frst. Exposto fratura de fêmur.

Concordo com a avaliação e tratamento.

Carimbo/Assinatura Solicitante: 28/09/2018

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 16/09/18 18:25 **Ortopedia**

Existe fratura de fêmur.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Dr. Hugo de Sales, Ortopedia e Traumatologia, CRM-PI 3639

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 16/09/18 HORA: 13:00H Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HRCM MUNICIPIO Campo Maior

MÉDICO: ELENILSON TORRES LAGES CRM: 4121

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria (x) Outro ORTOPEDIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Amara Cristina Gomes Damasceno

Idade: 17 anos Sexo: () Masculino (x) Feminino

HD: Paciente vítima de acidente com moto ciclista
colisão com obstáculo fixo apresentando fratura
exposta de fêmur (D); Ferimento profundo
em oxa D.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (x) 4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (x) 5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (x) 6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ex. ____ °C P: 130 bpm R: ____ mm PA: 100x70 mmHg Sat O₂ 99% Glicemia: ____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio (x) Hidratação Venosa 500ml Lactato
() Aspiração (x) Medicação Analgesia 2g + Euvonil 8
(x) Curativo (x) Outros: Curativo ferida

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUS

Clinica/Posto: ORTOPEDIA Senha: 357864833

Assinatura e carimbo do Médico

Elenilson Lages
MÉDICO
CRM-PI 4121

28 AGO 2018

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16/09/18

NOME DO PACIENTE: Amanda C. C. Vasconcelos	PROFISSIONÁRIO Nº: 488574
DIAGNÓSTICO: H. Exp. Fémur ①	CIRURGIA: Lm + RAFE
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Hugo S. L.	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Ana	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Vma. Gleydes	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.5 8.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 2.0 4.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	00		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
AL.GODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	95		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	09	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	02				03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	07						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	03			CIRCULANTE: Petrus			
PROLENE	02						



Nome do Paciente

Amade C. L. Damschen

Diagnóstico pré-operatório

A. Exposed to sun 2

Operação - Tipo

LMC + RAFC PF. FEN

Cirurgião

Dr. Hugo Sel

1º Assistente

2° Assistente

3° Assistente

Instrumentador(a)

Aneslesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

○ Mr BS

18:154

Relatório Imediato do Patologista

④

soluble and
in vessels

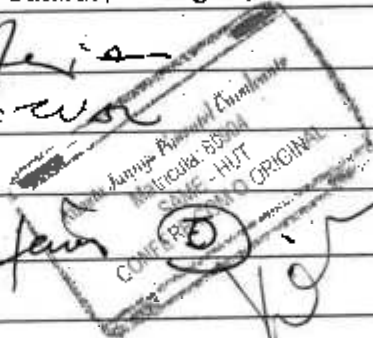
Net

Acidente Durante a Operação

4

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. DAF & 3-in-1 test
2. Prepare HAZARD
3. LMC.
4. RAE & 1st
5. future
6. new



Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM 36301-SP



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Jomade C C Nascimento</u>	Prontuário:	Data: <u>16/09/2018</u>
Sexo: () Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso:
Procedimento(s) proposto(s): <u>LMCT</u> <u>Fixador externo fêmur D</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <u>ASA I URGÊNCIA</u>

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	() Sim	() Não
2 - Patologias respiratórias	() Sim	() Não
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não
4 - Convulsão	() Sim	() Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	() Sim	() Não
6 - Transfusão sanguínea	() Sim	() Não
7 - Uso de medicação	() Sim	() Não
8 - Alergia	() Sim	() Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não

Paciente com fratura exposta fêmur D: Deu curado no CC acotada orientada, decorada, hipotensa, taquicárdica; após indução anestésica colheu sangue para exames, fratura e exame do.

EXAME FÍSICO

PA: <u>100 x 60</u>	Pulso: <u>95</u> () arritmico	Mallempati: <input checked="" type="checkbox"/> (2) (3) (4)
1. Respiratório	() Normal () Alterado:	
2. Cardiovascular	() Normal () Alterado:	
3. Neurológico	() Normal () Alterado:	
4. Abdome	() Normal () Alterado:	
5. Vias aéreas	() Possível VAD	
6. Extremidades	() Normal () Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

Pele vivo do PS sem exames: Colheu sob operatório.

ASA: Anestesia proposta: ☒ Geral () Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Audêncio



CRM: 0167



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *manda cristina e. moura*

Diagnóstico pré-operatório *Fract. diaf. Fêmur*

Operação - Tipo *R.A.F.I.*

Cirurgião *Fernando Costa* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) *Neus* Anestesista *Rea-tey* Anestesia *Rapini*

Anestésico(a)

Data da Operação *25.09.18* Início *11:30* Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte S.O.S sob traqueia externa
- 2) Reparo habitual
- 3) Via lateral + dissecção
- 4) Redução
- 5) Fixação U placa + parafusos
- 6) Lavagem U S.F.O.G.
- 7) Sutura
- 8) Curativo

Dr. Fernando Costa de Oliveira
Ortopedista
CRM-PT 31119

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE:	<u>Amanda Cristine</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>488574</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Rapier</u>	Nº DA SALA:	<u>103</u>
CIRURGIÃO:	<u>Fernando Costa</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>prod.</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Catez</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>maria</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	-
AGULHA 30X8	UNID.	02	-	LUVA Nº 8,0	PAR	02	-
AGULHA 40X12	UNID.	02	-	LUVA Nº 7,0	PAR	01	-
AGULHA RAQUE	UNID.	02	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	-
ALCOOL 70%	ML	200	-	PVPI DE GERMANTE	ML	200	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	200	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	06	-	SERINGA 20CC	UNID.	-	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	02	-
ESPARADRAPO	CM	80	-	SERINGA 5CC	UNID.	01	-
ESCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	-
GASES	PAC.	06	-	SONDA URETRAL 06	UNID.	-	-
JEICO Nº	UNID.	-	-	<u>utilizado</u> 05	<u>ml</u>	-	-
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>diva 6,5 : 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>lua 8,5 : 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>atadidos de</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>aspirar : 01</u>			
ALCOFIL				<u>beno muph 4,8 : 01</u>			
MONONYLON 2-0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	02			CIRCULANTE:	<u>utilizado</u>		
PROLENE							



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento: (Emergência)

Atendimento: P0203704

Data: 03/10/2018

Funcionario: ANTONIA

Registro: 29646

Hora: 09:01:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 17

SUS

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

CPF: - RG: 4659501 - SUS: 206386343470009

Nasc.: 10/02/2001 Idade: 17 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS Profissão: ESTUDANTE

Civil:

CEP: 64275-000

End.: ASSENTAMENTO TABOCA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

Cor: PARDA Telefone: (86) 9813-97342

Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA

Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

*Parte inferior do fêmur e fêmur
① fratura fechada com corte
osteossintetizado com placa e
parafusos, apresenta um fratura da cabeça
do fêmur*

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

*TVP!
Salvo tempo - p/ Trazim.
Futuro (neto)*

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 09:09:28

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE COM 09 DIAS DE PÓS OPERATORIO DE CIRURGIA ORTOPEDICA EM MID, APRESENTANDO NECROSE EM 1º, 2º, 3º PODODACTILO DE PÉ "D", CIANOSE E DOR INTENSA

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 120x80 mmHg

TAX: 0%
FC: 102 bpm

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 102 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO

Iracema Oliveira Amorim

Enfermeira
COREN - PI 492644
Iracema

492644 - IRACEMA OLIVEIRA AMORIM
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Leidiane Damasceno

ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA
Paciente ou Responsável

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
Médico Responsável



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Ator

NOME DO PACIENTE: Amanda Cristina Carvalho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 490327

Dono do nome

28 AGO 2019

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

Imp: 03/10/2015 22:42:0

User: LINDEVAL
Estação: RECEPCAO2

WHEOW 10/18
9:30am
DAMACENO

Edigo	687406
-------	--------

Data: 03/10/2018 22:42:09

Condução: AMPULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR

Motivo da Procura: POR MEMBROS INFERIORES

Acid.Trab.:	Não
-------------	-----

Trajetos: Não

Típico: Não

Convênio: S T S

DADOS CLÍNICOS:	
-----------------	--

CID Secundário:

PACIENTE NO 9º DO UMBEL FIAST. FEMIN. DIREITO, EVOLUI COM
 CÂNDIDE DO UMBILICO
 HPP: NGA COMBUSTIVEL E ALUGADO
 HJ: NGA
 EX FIMBO: NEG, CUPNICA, AFEBIL
 EXT: EDEMA +/4 + URORE EM MJN

РД _____ № _____ от _____ г.

Pulse:

FC: _____ bpm

Темп.:

C3D:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Problemi 11/13 + 10 Pagine Arg. 1150

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origin. <input type="checkbox"/> Transferência:
		DATA SAÍDA: _____ HORA: _____
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	DESTINO: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____
		CID Competivel: _____ Prof. Solicitante Internação: _____

ane Danas Cno
ciente ou Responsável

DR. DAVES PRADO
Clínica Médica PCF-2303
CARDIOLOGÍA-PCF-2305

~~Carimbo~~ Assinatura - Profissional - nº

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

Imp: 03/10/2018 22:42:45

(LINDEVAL)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO		Prontuário: 490327	
Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMACENO NETA	Pai:		
End. Resid.: ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA - JATOBÁ DO PIAUI - PI - CEP: 64275-000			
Nascimento: 10/02/2001	Idade: 17a7m21d	Sexo: Feminino	Fone: - -
Responsável: LEIDIANE DAMACENO	CNS: 206386343470009		
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 4639503 - SSP		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 687406	Data: 03/10/2018 22:42:09	Clas. Cor:
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 03/10/18 19:40	ESPECIALISTA: Ortopedista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com história de fratura de fêmur dir, 9:DPD PO limpa e em posição funcional ED: liberação da circulação vascular Sob ortopedia	
Carimbo/Assinatura Solicitante: Flávia Maciel de S. Coutinho Ortopedista Traumatologista CRM-PI 3102	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **___/___/___**:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante: Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **___/___/___**:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer:



224362

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137482

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 224362
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO			6 - Prontuário:	490327		
7-CNS:	206306343470009	8-Nascimento:	10/02/2001	9-Sexo:	Feminino	RG:	4659501 - SSP
11-Mãe:	ANTONIA CARVALHO DAMACENO NETA				12-Fone:	-	-
13-Resp:	LEIDIANE DAMACENO				14-Cor:	Sem Informação	
15-Endere:	ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA - CEP: 64275-000						
16-Munic:	JATOBA DO PIAUI	17-Cod. IBGE:	220527	18-UF:	PI	19-CEP:	64275-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores

24-CID Prim:

1743

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303060204	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRITICA			Tempo SUS 5
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 731.296.234-34	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCO ANTONIO DE PAIVA CRISANTO	34-Data Solicitação: 03/10/2018			35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CB0R:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: x Leidianne Damasceno		Usuário: (MAIZA VAZ) Consulta Local: 687406 Consulta 90S: Impressão: 05/10/2018 09:12:56



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Amanda Cristina Carneiro Sala: _____ Alergia: N/A Data: 08/10/18

Procedimento: _____ Cirurgião: _____ Observações: _____

Agentes		11:40	12h			12:30			13h			13:30			14h			14:30			15h		
Unid			15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
1	Fentanil	mcg	150mcg	100																			
2	Propofol	mg	150mg																				
3	Succinil	mg	7mg																				
4	Atracurium	mg	25mg	25mg				25mg															
5	Cephalon	mg	2g																				
6	Diaz	mg	10mg																				
7	Atorvast	mg	25mg																				
8	Tramadol	mg												100mg									
9	Morfina	mg																					
10	Morfina	mg																5mg	5mg				
11	Atropine	mg																	1mg				
12																							
13																							
Oxigênio		l/min	12																				
AR/NO		%	1.3																				
Volatil		%	SEVO																				

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos _____ cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 2.0
☐ LMA nº _____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☒ ETCO2
☐ Outros _____

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☒ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros _____

Decúbito: dorsal

SP02 (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)		36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
Aces. Venoso	300ml SP02 97													
Aces. Venoso	500ml RL													
Diurese														
Perdas Sanguíneas														

Descrição da Anestesia: Xileonitrocloração + versolix 20G m/c

Pre-oxigenação c/g 100% rob m. peria (3) Propofol 150mg + FAT 150mg +
succinil 7mg EV (3) TOT c/ TOT n.7 com succ + fixação
proteção ocular (4) Atracurium 25mg EV (5) Morfina
5mg + atropina 0,75mg EV (6) AVRS + extubação
1A RPA

Dra. D. M. Brasileiro
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA
CRM PI - 5028

Anestesiologista

Obs: Paciente em uso de heparina (última dose: 06h) e sem
fígado adequado (última refeição há 3 horas)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Amanda Cristina Carvalho Damasceno

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Ponte femoro-distal

Cirurgião

Dr. Rodrigo Albergaria

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Condição

Anestesista

Dr. g. Opavira

Anestesia

Isotel

Anestésico(a)

Data da Operação

08.10.18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① decubito dorsal; ② aut-supa + - ampr; ③ ampr; ④
cruent longitudinal; ⑤ clerve; ⑥ isolamento de artéria
femorof superficial; ⑦ isolamento de artéria poplitea
trunko tibio-fibular; ⑧ dissecção de vasa profunda
magna; ⑨ hiperinfluxo local; ⑩ fixação distal
sem tração, cl refluxo; ⑪ realização ponte;
⑫ pulso pós anastomose; ⑬ insetos;
⑭ insetos; ⑮ insetos

Dr. Rodrigo Albergaria
Cirurgião Angiologia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

22/11/17

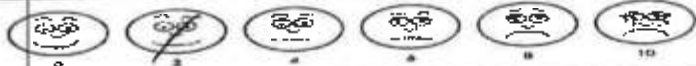
NOME Amara Cristina Carvalho IDADE anos DATA 12/11/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Amputação M5 CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	108/56	97/52
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	99	101
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	100%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Gia</u>	<u>André</u>

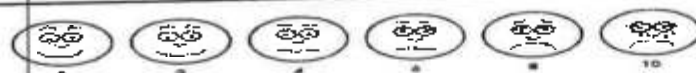
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO		SAÍDA	
Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	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 checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	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 checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	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 checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	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 checked="" type="checkbox"/>
	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS.

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasogástrica () Nasojejunal

hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:15h Admitida na RPA no pós de amputação M5. Sob efeito de raqueanestesia. Sem estado geral. - paciente consciente

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ALTA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

Assinatura de C. Melo
RQE 2835

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

O Paciente / em decúbito dorsal sob
traqueostomia (2) Inspeção de abdômen
com di. campo (4) Incisão abdominal
cava (5) Secção / por planos, ligadura
vascular (6) Omentecia de fígado (7)
Fechamento por planos (8) Lavagem
da cavidade



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE:	<u>Amante Cristina Carvalho</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>490327</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raquel</u>	Nº DA SALA:	<u>09</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Lucas Varouze</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Assist.</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Helenita</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Jovemilia</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>2-24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>8/0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medicamento</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL <u>2.0</u>	<u>100</u>	01					
MONONYLON <u>2.0</u>	<u>100</u>	02	<u>402</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>	<u>100</u>	02	<u>401</u>	CIRCULANTE:	<u>Ana Paula</u>		
PROLENE							





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Amanda Cristina C. Daencas

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Fêmur

Operação - Tipo

Retirada de placa e parafusos

Cirurgião

Dr. Marcos Varella

1º Assistente

Dra. Carla

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentado(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Sem

intercorrências

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(1) Paciente em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia (2) Assepsia de M.D. (3) Colocação de campo (4) Abertura de F.O. em lateral de coxa, para retirada de placa e parafusos de fêmur, para posterior amputação do membro (5) Fechamento da F.O. (6) Curativo.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (HUT)
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 86 3218 5445

Aguarda vaga H6V

REGISTRO MÉDICO Nº: 10110 R: 103/10/2010

17 anos

[Handwritten signature]

Exatidão	Diagnóstico/Comorbidades:
Nome: 5 DIX	# Frequência M10
Dieta: ORAL tipo comum	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
200ml	8-10
0,25ML	11:00- ECG 15;
3. CARBONATO SÓDICO 500MG/ML. INJ. 2ML.	06 EUPREICO. REGP
infusão lenta	HISTO PATOLÓGICOS.
5. BEZOTOPRIDA 5MG/ML. INJ. 2ML.	06 P.A. 11/7 P-118
em caso de náuseas ou vômitos	06 ECG 11/2 ACC
6. RANITIDINA 150MG	Dr. Renato Lustosa C. Filho
	CRM-PI 301092

7.

[Handwritten notes]
Rx fowr H-700
q oprimu u aus

[Handwritten notes]
Newor 1°, 2° R.O.D. Censur fixa 3° PDP

[Handwritten notes]
PUBGA E MATEIA m AB. CAPO!

[Handwritten notes]
PENO POPH OITRA

[Handwritten notes]
0406020434
Vol: 1772

Exames (04/10):

[Handwritten lab results]
Hb: 9,7
Ht: 29,61
leuco: 9.300
plaquetas: 679.000
HFA: 20,712g
JNR: 1,0
NA: 135
K: 3,86
Ur: 23
Crea: 0,6

[Handwritten notes]
OBRUNO de PARMUM: PONE POP TP X SMAT COL

[Handwritten signature]
Rodrigo N. Ramo
Anestesiologista e Cir. Vascular
CRM-PA 3346

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Prontuário:

490327

Internação:

224586

Nome: **AMANDA CRISTINA CARVALEO DAMACENO**

End. Resid.: ZONA RURAL - ARRENTAMENTO TABOÇA

Cidade: JATUBA DO PIABO - PI

CEP: 64275-000

Sexo: Feminino	Nascimento: 10/02/2001	Idade: 17a3m2d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
Internação		Alta		Permanência
Data 12/10/2018	Hora 10:06	Data 15 / 10 / 18	Hora 09:00	

Diagnósticos:

Cod.CID:

CID Principal: Embolia e trombose de aa dos mmi

I	7	4	3
---	---	---	---

CID Secundário:

--	--	--	--

CID Causa Morte:

--	--	--	--

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Paciente com fratura de fêmur direito, FO limpa e sem sinais flogísticos. 9º dia PO + edema MJD.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente em BEG, consciente e orientada, anictérica, acianótica, afébril, hidratada. Diurese e evacuações presentes. Boa aceitação da dieta. Sono reparador.

MEDICAÇÕES:

ciprofloxacino 500 mg, 01 cp VO de 12/12h durante 07 dias.

CIRURGIA: Data: 12 / 10 / 18 Tipo: amputação de MJD

sem intercorrências.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Encaminhamento para CAPS psicologia, cirurgia vascular, CEIR atropedia. Orientações de higiene e retirada de pontos.

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

Rodrigo S. N. Ramos
Angiologia e Cir. Vascular
CRM-PI 3042
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
101.171.823-54

Nome
AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Nascimento
10/02/2001

CÓDIGO DE CONTROLE

07E6.C180.A0E2.9B58



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:48:43 do dia 21/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COPIA
28 Ago 2019
DESEMPENHO DE SEGURANÇA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.659.501	DATA DE EMISSÃO	23/08/17
NOME	AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO		
FILIAÇÃO	ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA		
NATURALIDADE	CAMPO MAIOR-PI	DATA DE NASCIMENTO	10/02/2001
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 2266 L A02 F 268		
CPF	EXP CAMPO MAIOR-PI 11/07/01		
0897368		Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assinatura do Diretor da Polícia Civil	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Amanda Cristina Carvalho Damasceno	
0897368	ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JOSE DE SAUDE MORAES

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSORA
 2724200 SSP PI

CPF
 048.056.943-60

DATA NASCIMENTO
 12/04/1990

FULCRO
 ANTONIO FRANCISCO
 MORAES
 AMA CELIA DE MACEDO
 MORAES

NÚMERO
 03983348911

VIGÊNCIA
 20/04/2020

VALIDADE
 20/07/2010

OBSERVAÇÃO

JOSE DE SAUDE MORAES

LOCAL
 CAMPO ALEGRE

DATA DE EMISSÃO
 24/04/2015

10051773847
 PI315542144

DETRAN PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1087240743

PROTEÇÃO PLASTIFICAR
 1087240743

CORRETORA
 DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503395 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIRETO, EVOLUINDO COM ISQUEMIA. P6/15/21

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUINDO ISQUEMIA E AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P9/11/19/21/23 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190503395 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIRETO, EVOLUINDO COM ISQUEMIA. P6/15/21

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUINDO ISQUEMIA E AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P9/11/19/21/23 ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO COMPLETO APÓS AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA COMPLETA APÓS AMPUTAÇÃO TRASFEMORAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO
RG: 4.658.501 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 201.173.823-54
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: ESTUDANTE
Endereço: ASSENTAMENTO TABOÇA Nº _____
Bairro: ZONA RURAL Cep: 64.275.000 Cidade/UF: JATÓIA DO PIAUÍ
Telefone: (86) 98137 4015 () _____ () _____

OUTORGADO:

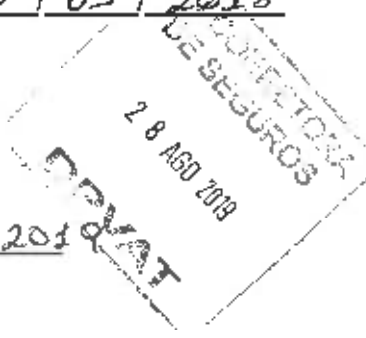
Nome: JOSE DE MACEDO MORAES
RG: 2.724.200 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 048.056.843-60
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT Nº _____
Bairro: CENTRO Cep: 64.200-000 Cidade/UF: CAMPO MAIOR-PI
Telefone: (86) 98108.4515 () _____ () _____

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: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO
CPF: 201.173.823-54 Data do Acidente: 16/09/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte



CAMPO MAIOR-PI, 19 de JULHO de 2018
Local e data



Amanda Cristina Carvalho Damasceno
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
DE CAMPO MAIOR - PI
Carlos Alberto Alves Rodrigues
Escritor



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296656/19

Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCE

CPF: 101.171.823-54

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: AMANDA CRISTINA
CARVALHO DAMASCENO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE DE MACEDO MORAES : 048.056.943-60

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

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO : 101.171.823-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: JOSE DE MACEDO MORAES
CPF: 048.056.943-60

JOSE DE MACEDO MORAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503395

Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503395

Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

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\$ 9.450,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000118370-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190503395

Vítima: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 101.171.823-54 3 - CPF da vítima: 101.171.823-54 4 - Nome completo da vítima: Amanda Cristina Carvalho Damasceno

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

5 - Nome completo: Amanda Cristina Carvalho Damasceno 6 - CPF: 101.171.823-54
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Orientamento Tabooca 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Jatoá do Piauí 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64375-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 418370 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome: Antonio Wilson Pereira

CPF: 005.142.723-09

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: Antonio Francisco de Sousa Oliveira

CPF: 022.029.503-46

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina, 28-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000045/2019-49

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Baker Martins Batista

Data/Hora: 13/08/2019 - 17:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

POVOADO LAGOINHA, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/09/2018 - 11:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

RESIDÊNCIA DO SR. GERSON

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

RG: 4659501 SSP PI

Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA

Endereço: ASSENTAMENTO TABOÇA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMAROLANTE

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 16 DE SETEMBRO DE 2018 POR VOLTA DAS 11:00 HORAS DA MANHÃ QUANDO A NOTICIANTE TRAFEGAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: HONDA/ POP 100,ANO/FAB:2014/2014,COR: VERMELHA,PLACA:PIE-4914,CÓD-RENAVAN: 01013393780,CHASSI Nº 9CZHB0210ER467766, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE RITA CIPRIANA DOS ANJOS, E QUE NO POVOADO LAGOINHA,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ PRÓXIMO A RESIDÊNCIA DO SENHOR GERSON FOI SURPRENDIDA POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE(CAPRINO) NA PISTA DE ARROLAMENTO E QUE AO TENTAR DESVIAR DO MESMO SAIU DA PI E COLIDIU FRONTALMENTE CONTRA UM MOURÃO DE UM CERCADO DE ARAME; QUE DO ACIDENTE A NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO,LESÃO NA FACE E FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DA PERNA DIREITA;QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADA PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI,ONDE A MESMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL;FOI ATENDIDA POR MÉDICO PLANTONISTA DR ELENILSON LAGES CRM-PI 4120, E QUE COM CARACTÉR DE URGÊNCIA FOI TRANFERIDA PARA O HUT(hospital de urgência de Teresina)PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS,QUE APÓS ALGUNS DIAS INTERNADA FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO FÊMUR DIREITO E RECEBEU ALTA PARA RETORNAR PARA SUA RESIDÊNCIA,QUE DEVIDO A NOTICIANTE NÃO ESTÁ SENTINDO MAIS OS SINAIS VITAIS DE SUA PERNA DIREITA DESDE A DATA DO ACIDENTE E TAMBÉM COM SURGIMENTO DE NECROSE NOS DEDOS DO SEU PÉ DIREITO, NA DATA DO DIA 03/10/2018 A NOTICIANTE DEU ENTRADA NOVAMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI,FOI ATENDIDA POR O MÉDICO PLANTONISTA E QUE DE IMEDIADO FOI NOVAMENTE TRANSFERIDA PARA O HUT EM TERESINA-PI,ONDE POSTERIORMENTE PASSOU POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E FOI FEITO A AMPUTAÇÃO DE SUA PERNA DIREITA, DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

Baker Martins Batista
AGENTE DE POL

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO
AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Carcey Martins Baptista
Delegado Titular da Polícia Civil-PI
M. 11.11.17

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 101.171.823-54 3 - CPF da vítima: 101.171.823-54 4 - Nome completo da vítima: Amanda Cristina Carvalho Damasceno

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

5 - Nome completo: Amanda Cristina Carvalho Damasceno 6 - CPF: 101.171.823-54
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Orientamento Taboca 9 - Número: 310 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Jatoá do Piauí 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64375-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0616 CONTA: 418370 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64285-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0200871
Data: 16/09/2018
Funcionario: NAYARA

Registro: 29646
Hora: 12:15:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 39

SUS

AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

Nasc.: 10/02/2001 Idade: 17 ANOS, 7 MESES, 6 DIAS Profissão: ESTUDANTE Civil: CEP: 64275-000
End.: ASSENTAMENTO TABOCA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ/PI
Cor: PARDA Telefone: (86) 9813-97342 Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Paciente vítima de acidente com motocicleta há 1h, apresentando fratura exposta de fêmur (perna) esquerda.

Exames Complementares:

Exposto de fêmur (perna) esquerda. Aprox. 98% FC - 130 bpm. Transm. + fratura exposta.

Diagnostico provavel:

1) Trauma 150g, 100mg + 300ul SF, 8%. EV 6h.
2) Cefotaxima 1g 2amplos + 8ul AD. EV 6h.
3) Cetoprofeno 100mg 1amplo + 100ul SF, 8%. EV 6h.

4) Ringer lactato 1 - 2000ul EV 10min.
5) RDX de fêmur D e perna D + P perfil.
6) Dimerf (D-dímero) 4ul + 90ul AD. fazer 3ul EV 6h.

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 12:23:44

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, APRESENTA LESAÃO EM FACE E PERNA DIREITA

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Medicação Usual:

PA: 100/70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA HAS E DM

Conduta: ENCAMINHADA AO CLÍNICO

393116 - JOCIANE DE ANDRADE RODRIGUES
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Leidiane Damasceno

LEIDIANE DAMASCENO
Paciente ou Responsável

Dr. Elenilson Lages
MÉDICO
CRM-PI 4121

4121 - ELENILSON TORRES LAGES
Médico Responsável

(13:30) Paciente admitida neste meu hospital -
história de síndrome nefrótica, com presença
de punção D. Regulada, sem necessidade
de seguir em ambulatório de renais de origem.

Fábry Ibiapina 1. 5/100
ENFERM
CORREÇÃO 100.500

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000118370-3

Nr. da Autenticação 397331652428C456

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 25.807.758

MARIA DA LUZ DAMASCENO

AS ASSENT. TABOÇA, S/N - TABOÇA

B-RURAL

64275-000 JATOBA DO PIAUÍ

PI

CÓDIGO ÚNICO 961949-6	MÊS AGO/2019	PERÍODO DE CONSUMO 15/7/2019 a 14/8/2019
CONSUMO (kWh) 84	VENCIMENTO 20/08/2019	TOTAL A PAGAR 90,68

OBSERVAÇÕES

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia e correção monetária pelo índice IGP-M
- Ligação gratuita: 0800 086 0800

Atenção: não mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759 - CENTRO SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

CÓDIGO ÚNICO 961949-6	MÊS AGO/2019	TOTAL A PAGAR 90,68
--	-------------------------------	--------------------------------------

836700000000.906800170001.0000000009613.949608190032

SUPERINTENDENTE
DE SEGUROS

20 AGO 2019

ELETROBRAS

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-00 | Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - série 6-1
Regime especial de impressão autorizada pela SDAZ 04/98

Para contato
consumo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

018396071

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
238	220,77

LEANDRO PAIXÃO TORRES

R. BENJAMIN CONSTANT 852 CENTRO

CENTRO

CNPJ: 000000000000000000 IE: 1453887

CEP: 64.000-000 - CAUPE MAIOR

Atual:	42435	Atual:	13/03/2019
Anterior:	42107	Anterior:	11-02-2019
Coeficiente de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11-04-2019
Consumo Medido:	238	Encerrado:	12-03-2019
Consumo Retornado:		Apresentação:	13-03-2019
Forma de Faturamento:		Data de Consumo:	13-03-2019

Grupo/Classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Res.	Média Vt. mês
000000000000000000					

Máximo consumo

FEV/19	245
JAN/19	212
DEZ/18	221
NOV/18	321
OUT/18	704
SET/18	1601
AGO/18	1175
JUL/18	91
JUN/18	638
MAI/18	436

CONSUMO 238 A R\$ 0,927609 = 220,77
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 39,04
MULTA POR ATRASO 01/19-00 3,93
JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,63

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 239 - 0,62368

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
28 AGO 2019
DPVAT