



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVADIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. <sup>2</sup> COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILLICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Maia de Melo Neto  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 / 60, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário  
Amanda Cintia Pernolho Diamantini inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.171.823 / 54,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Amanda Cintia Pernolho Diamantini  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.171.823 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Benjamin Constant</u>	Número: <u>852</u>	Complemento: <u>Bloco</u>
Cidade: <u>Campo Maior</u>	Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64280-000</u>
E-mail: <u></u>	Tel. (080) <u>(86)98150-3338</u>	

Local e Data: Campo Maior (PI), 23/08/2019

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, RITA CIPRIANA DOS SANTOS

RG nº 2.252.440 SSP - PI, data de expedição 04/106/2008

Órgão SSP - PI portador do CPF nº 005.224.903-23,

com domicílio na cidade de 3ATOBIA DO PIAUÍ, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PERGENTINO MENDES, nº 511,

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 CAVALCINO DAMASCENO, cujo o condutor era

AMANDA CRISTINA CAVALCINO DAMASCENO.

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

Placa: PIC - 4934 Chassi: 9G2M802J0ER467766 CORRETORA

Data do Acidente: 16/109/18 DE SEGUROS

28 AGO 2019

CPVAT

Local e Data: CAMP. MAIOR, PI, 16 DE AGOSTO DE 2019.

Rita Cipriana dos Anjos

Assinatura do Declarante

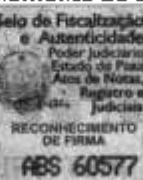
Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**Cartório Extrajudicial de Campo Maior**  
AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - Nº 804, CAMPO MAIOR - PIAUÍ

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

Thaís Tuyanne da Silva Rocha

THAÍS TUYANNE DA SILVA ROCHA - ESCRIVENTE  
Email: R\$ 3,85 Té: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,88



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL  
DE CAMPO MAIOR-PI  
Thaís Tuyanne da Silva Rocha  
Escrivente

Dr. Frederico Araújo Leite

Ortopedista

CRM - PI 3736

Av. José Pacheco, 263 - Centro - Fone/(86)3252-1677

Campos Maior - PI

Amanda Cristina Luválio Damasceno

Laudo Médico

Paciente portadora de Deficiência física  
(Amputação transfemoral membros inferiores (D))  
em caráter definitivo.

Apresentou grave fratura em 2010 evoluindo com isquemia do membro e amputação  
nível de coxa (D) em outubro de 2018.

cid I74.3

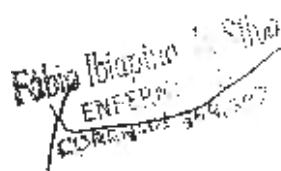
S72.3

C. Maior, 06.08.19





(13:20) P't du entebe nts sur trop forte  
uttre de ardeur molaris, con plén  
de purr (D). Regalebo, s'entre son la medecin.  
S'qu'a un amulon de murs de organ.

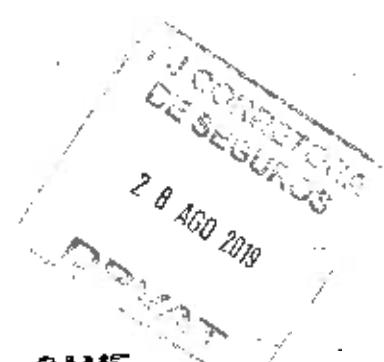


Altair



NOME DO PACIENTE: Amândia Lútilia Carvalho Dauverane

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488.974



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".



## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>684558</b>	Data: <b>16/09/2018 15:05:20</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA DE RESSARTE BOMBEIROS</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)</b>	Convênio: <b>S U S</b>	
Acid. Trab.: <b>Não</b>	Trajeto?: <b>Não</b>	Típico: <b>Não</b>
		CID Secundário: <b>V299</b>

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico há ± 3 horas, sem uso de capacete, refere não ter perda de consciência no local. A) via aerea pélvica, SI colar cervical (B) MVT em AHT, SI RA (C) AC: RR em 2T, BNF, SI S. Hipocordia Abd: inocente (D) RR em 2T, aigü, consciente, sonolenta, ECG: N, pupilas irregulares fotorreagente (E) sinal de patina externa em perna direita, escoriações em rugas frontais

PA **10 x 60 mmHg** | Puleo: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito: Raio-x de pulmão, perna D, cota D e **radiografia D.**  
SFU 97 - 1000 ml, EV, Agora **MPA 2000 → 20700**

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativo	<input type="checkbox"/> ORC Retornar à Unid. origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisponibilidade SAME	<input type="checkbox"/> Transferência:
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evolução	DATA SAÍDA: / /	DATA: <b>16/09/2018</b>
<input type="checkbox"/> A Pedido		DESTINO:	PROFISSIONAL: <b>DR. G. JORDAN NEIVA</b>
ÓBITO:	<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"/> TML	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	CID Compatível:



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 684558	<u>Data:</u> 16/09/2018 15:05:20	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOQUELETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> 0 3

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 16/09/18 16:20 ESPECIALISTA: Cirurgia Geral  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reavaliado, que com readaptação imediata e apta  
 fisiológica, sem condicione adicional da cirurgia.  
 Col. alta da cirurgia.

Dra. Andressa M. Carvalho  
 CRM-PB 1220  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 16/09/18 18:05 Ortopedias CC  
 Paciente me visto de CC aonde estavam suspeitas,  
 mas com PA: 106x70 mmHg + rítmo regular.  
 Tchu excoágos frontais + sanguíneos.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: Ativo em pronto ESPECIALISTA: Pediatria de  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: náuseas intensas, sede HT fast.  
 eructos feios D

Kleber Almeida Moura  
 Matr.: 39347  
 CRM-PB 10011  
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :  
 Sintomas de suspeitas.

Dr. Ruy Soárez de Souza  
 Ortopedias e Reabilitação  
 da Criança e Adolescente  
 CRM-PB 2630  
 Imp/Assinatura Prof. Parecer

## SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 16/09/18 HORA: 13:00H Nº DOTELEFONE:HOSPITAL SOLICITANTE HRCM MUNICÍPIO Campina MaiorMÉDICO: ELENILSON TORRES LAGES CRM: 4121

## NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

 Obstétrica  Trauma  Clínico  Cirúrgico  Psiquiatria  Outro ORTOPEDIA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Amaral Cristina Gualho DonosoroIdade: 17 anos / Sexo:  Masculino  FemininoHDA: Paciente intato e consciente com lesão aberta fechada c/ osso fijo apresentando fratura exposta de fêmur (D); Fêz cinto sangrante em CX 6 D.ESCALA DE GLASGOW: 15

## ABERTURA OCULAR

 Espontânea

## RESPOSTA VERBAL

 Orientado

3 - Comandos

 Confusa

2 - A dor

 Palavras inapropriadas

1 - Nenhuma

 Palavras incompreensíveis Nenhuma

## RESPOSTA MOTORA

 Obedece a comandos

5 - Localiza dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

## SINAIS VITais

T ax. \_\_\_\_ °C P: 130 bpm R: \_\_\_\_ mm PA: 100 X 70 mmHg Sat O<sub>2</sub>: 98% Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

28 AGO 2018

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

 Oxigênio Hidratação Venosa Aspiração Medicação Curativo Outros:

## EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

## HOSPITAL DE DESTINO

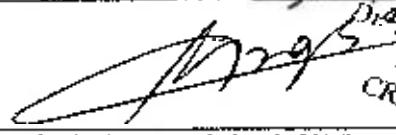
Hospital:

HUBID 41621

Clínica/Posto:

ORTOPEDIA

Senha:

357864833  
Dr. Elenilson Lages  
MEDICO  
CRM-PI 4121



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 16/09/18

NOME DO PACIENTE:		<u>Anastacia C. C. Nossa Senhora</u>	PROTÓTIPO N°:	<u>488574</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Pl. exp. Fémur</u>		CIRURGIA:	<u>Lnc + Rafe</u>
ANESTESIA:	<u>Geral</u>		Nº DA SALA:	<u>95</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Hugo So</u>		CPF Nº:	
AUXILIAR:			CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Anna</u>		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Vera Freyre</u>		CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>03</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>7,5 8,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>2,0 4,5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>00</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>15</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVP TÓPICO	ML	<u>300</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>300</u>		PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>08</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>02</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>95</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>03</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>03</u>	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>09</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	<u>02</u>				<u>03</u>	
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		<u>07</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		<u>03</u>		CIRCULANTE: <u>Petrus</u>			
PROLENE		<u>02</u>					



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Aurande C. L. Dantas

Diagnóstico pré-operatório

Pt. Exposta fêmur D

Operação - Tipo

LAC + RAFE pt. Fêmur

Cirurgião

Dr. Hugo Sales

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mors

18:15h

Relatório Imediato do Patologista

φ

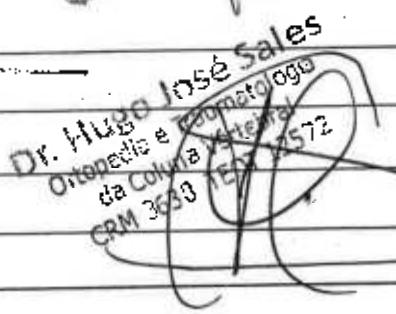
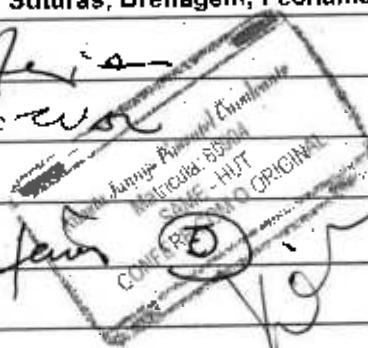
Sólido sol  
ir. vascular ✓

Acidente Durante a Operação

φ

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

1. DTH s/ banho fértil
2. Preparo hb e eva
3. LAC.
4. RAFE pt fêmur
5. sutura
6. curtiço





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Joncaide CC Nasarreuselo</u>		Prontuário:	Data: <u>16/09/2018</u>
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>LM C+</u> <u>Fixador externo fêmur D</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>ASA I URGENCIA</u>

ANAMNESE

1 - Patologias cardíocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Pt com fratura exposta fêmur D; Deu cufada no pé acostada à cama, desmaiou, hipotensão, taquicardia, após indução anestesia colheido sangue para exames, frigidez e reação do

EXAME FÍSICO

PA: <u>100x60</u>	P脉: <u>95</u>	<input type="checkbox"/> arritmico	Mallempati: <input checked="" type="checkbox"/> (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

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

ECO:

Pt vira do PS seu exames: Colhido sob operatório.

ASA:

Anestesia proposta:  Geral  Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: Audrey

CRM: 0167

*Além da anamnese e exame físico, o paciente deve ser avaliado quanto ao risco de anestesia. O anestesiologista deve garantir que o paciente está em condições de ser intubado e ventilado. A anestesia deve ser realizada de forma segura e controlada. O paciente deve ser monitorado continuamente durante a anestesia.*



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Guilherme César Costa de Souza*

Diagnóstico pré-operatório *Fractura diaf. Femur*

Operação - Tipo *R.A.F.T*

Cirurgião *Francisco Carlos* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) *Neus* Anestesista *Bonetez* Anestesia *Rapini*

Anestésico(a)

Data da Operação *23-07-18* Início *11:30* Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista



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

- 1) Rotura SDS sob hagmida estressada
- 2) Reparo hagmida
- 3) Via lateral + dissecção
- 4) Redução
- 5) Fixação com placas + parafuso
- 6) Haste calcar com JFOG
- 7) Sutura
- 8) Cerrado

*In Oliveira*  
*Dr. Ferreira*  
*Ortopedista*  
*CRM-PI 31002*  
*07/11/19*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**Fundação Municipal de Saúde**

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE:	<u>Paula Cristina</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>488574</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Rogério</u>	Nº DA SALA:	<u>103</u>
CIRURGIÃO:	<u>Paulo Costa</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>prod.</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Catia</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	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.	01	-	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	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	stetoscopy	UNID.	-	-

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				diva 6,5 : 02
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				liva 8,5 : 01
CAT. GUT. CROMADO C/AG				stadias 6,0
CAT. GUT. CROMADO S/AG				esporre : 01
ALCOFIL				bromo mag 4,8 : 01
MONONYLON	2-0	03		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL	1	02		CIRCULANTE: <u>stetoscopy</u>
PROLENE				





Altos

NOME DO PACIENTE:

Ananda Luisina Laranjinha  
Domocidêmo

18/10/2013

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 490327

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u>	AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO			<u>Frontuário:</u>	490327
<u>Mãe:</u>	ANTONIA CARVALHO DAMACENO NEIA			<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u>	ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA - CATOBÁ DO PIAUÍ - PI - CEP: 64275-000			<u>Resid. Atual:</u>	
<u>Nascimento:</u>	10/02/2001	<u>Idade:</u>	17u7m21s	<u>Sexo:</u>	Female
<u>Responsável:</u>	LEIDIANE DAMACENO			<u>Fone:</u>	-
<u>Profissão:</u>	ESTUDANTE			<u>CNS:</u>	206386343470509
<u>G. Instrução:</u>	Fundamental Incompleto			<u>CPF:</u>	* RG: 4639501 - SSP
<u>End. Local.:</u>				<u>E.Civil:</u>	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Ídigo:</u>	687406	<u>Data:</u>	03/10/2018 22:42:09	<u>Condução:</u>	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<u>Motivo da Procura:</u>	DOR MEMBROS INFERIORES			<u>Convênio:</u>	SUS
<u>Acid. Trab.:</u>	Não	<u>Trajeto?</u>	Não	<u>Tipico:</u>	Não
			<u>CID Secundário:</u>		

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE NO 9º PO CONSEG FIAT. FEMUR DIREITO, AVAN COM  
 CÂNDIDE DO MÉTATO  
 HPP: NECA COMOSSIMULADA E ALVAG  
 HJ: NECA  
 EX FÍLIO: NEG, CUPNLICA, AFERMI  
 EXT: EDEMA +/4 + EDEMA EM MJO

<u>PA:</u> _____	<u>Ritmo:</u> _____	<u>Pulse:</u> _____	<u>FC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
<u>Exame Físico Inicial:</u>				
OMOE EM MJO AIE				
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:				
BIOQUIMICA + OME MR MJO				

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem	
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina		
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Inabilitado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Transferência	
	<input type="checkbox"/> A Pedido			
		<u>DATA SAÍDA:</u> / /	<u>HORA:</u> :	
		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade		
		<u>Proced. Solicitado:</u>		
		<u>CID Compativel:</u>		
		<u>Prof. Solicitante</u> Internação:		

Amanda Cristina Carvalho Damaceno  
 Paciente ou Responsável

DR. DAVES PRADO  
 Clínica Médica RCP 2303  
 CARDIOLOGIA RCP 2351  
 Cardiologista - Assinatura - Profissional - BA

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> <b>AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO</b>		<u>Prontuário:</u> <b>490327</b>
<u>Mãe:</u> ANTONIA CARVALHO DAMACENO NETA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA - JATOBÁ DO PIAUÍ - PI - CEP: 64275-000		
<u>Nascimento:</u> 10/02/2001	<u>Idade:</u> 17a7m21d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> - - -
<u>Responsável:</u> LEIDIANE DAMACENO		<u>CNS:</u> 206386343470009
<u>Profissão:</u> ESTUDANTE		<u>Documento:</u> RG: 4659501 - SSP
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u> código:</u> <b>687406</b>	<u>Data:</u> <b>03/10/2018 22:42:09</b>	<u>Clas. Cor:</u>
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS INFERIORES		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora</u> <u>Solicitação:</u> <b>03/10/18 19:40</b>	<u>ESPECIALISTA:</u> <b>Ortopedro</b>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> <b>Paciente com history de dor lombar dir, g.dpo PO lumbop e um nudo lombar CD: liberado p/ cirurgia muscular Alto ortoped dire</b>	
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	
<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: <b>/ / : :</b>	<b>Ortopedista</b>

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<u>Data/Hora</u> <u>Solicitação:</u> <b>/ / : :</b>	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>	
Carimbo/Assinatura Prof. Solicitante	
<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: <b>/ / : :</b>	<b>Ortopedista</b>

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

224362

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137482

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO</b>	6 - Prontuário: <b>490327</b>		
7-CNS: <b>206386343470009</b>	8-Nascimento: <b>10/02/2001</b>	9-Sexo: <b>Feminino</b>	RG: <b>4659501 - SSP</b>
11-Mãe: <b>ANTONIA CARVALHO DAMACENO MOTA</b>			12-Fone: <b>- -</b>
13-Resp: <b>LEIDIANE DAMACENO</b>			14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Ender: <b>ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA - CEP: 64275-000</b>			
16-Munic: <b>JATOBÁ DO PIAUÍ</b>	17-Cod. IBGE: <b>220527</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64275-000</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

23-Diagnóstico Inicial: <b>Embolia + trombose de artérias dos membros inferiores</b>	24-CID Prim: <b>1743</b>	25-CID Sec.: _____	26-CID C.Raa.: _____
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
28-Cod.Proced.: <b>0303060204</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRÍTICA</b>	Tempo SUS <b>5</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> Docum.: <b>01</b> Méd. Solic.: <b>731.296.234-34</b>		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>MARCO ANTONIO DE PATTA CRISANTO</b>	34-Data Solicitação: <b>03/10/2018</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Síntese:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
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:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:  <i>x Leidiane Damaceno</i>	Usuário: (MAIZA VAZ) Consulta Local: 687406 Consulta SOS: Impressão: 05/10/2018 09:12:56
--	---



## FICHA DE ANESTESIA

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

Name: Amanda Cristina Carvalho

Sala'

卷之三

nyc

Page 1

08140148

Bhima

二四〇

#### REFERENCES

Acesso Vascular

- Periférico \_\_\_\_\_
  - Cat. Venoso nº 10
  - Dificuldade aces., venoso
  - Gastos \_\_\_\_\_ cateteres
  - Central

Via Admira

- Cateter nasal
  - ✗ IOT nº 3.0
  - LMA nº

### **Monitordaten:**

- Cardioscopia
  - PANI
  - Oxímetro de pulso
  - ETCO<sub>2</sub>
  - Outros

## Anesthesia:

- Geral Venosa
  - Geral Balanceada
  - Raquianestesia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros

Decubito: dorsal

Descrição da Anestesia: Alveolar + venoclín 20G m.e

**Dra. Djalma Brasil**  
MÉDICA ANESTESELOGISTA  
CRM-PI - 5028

Dra. Dra. Ana Brasileiro  
MÉDICA ANESTESIOLOGISTA  
CRM PI - 5028

## Anesthesiologiste



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <b>Amanda Cristina Ferreira Damasceno</b>			
Diagnóstico pré-operatório			
Operação - Tipo <b>Ponte femoro - distal</b>			
Cirurgião <b>Dr. Rodrigo Albergaria</b>	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a) <b>Condicão</b>	Anestesista <b>Dra. Wanira</b>	Anestesia	<b>Eterol</b>
Anestésico(a)			
Data da Operação <b>08.10.18</b>	Ínicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista
-----------------------------------

Acidente Durante a Operação
-----------------------------

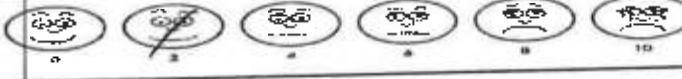
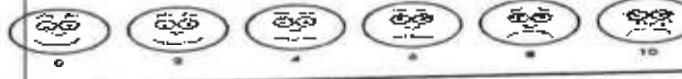
**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① debrido dorsal ② anti-seps + anest; ③ campo; ④  
curet longitudinal; ⑤ clivide; ⑥ isolamento da artéria  
femoral capsular; ⑦ isolamento da artéria fibular  
fráncio fibro-fibular; ⑧ dissec cl vena safena  
magna; ⑨ hipertermia local; ⑩ Argentil distal  
sem frâncio, cl safena; ⑪ malha ponte;  
⑫ pulso pós anestesia; ⑬ Jumester;  
⑭ mltre; ⑮ curtos

Dr. Rodrigo Albergaria  
Cirurgião Angiologista

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

02/06/2018

NOME <u>Araújo da Costa Carvalho</u>		IDADE <u>anos</u>	DATA <u>12/06/2018</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>hs 15 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO		CIRURGIANO _____
CIRURGIA REALIZADA <u>Amputação M&amp;gt;</u>		HORÁRIO		
SINAIS VITAIS		ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>108/56</u>	<u>97/52</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>99</u>	<u>141</u>	
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)		<u>100%</u>	<u>100%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (°C)		<u>36.5</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				
NOME/ MATRÍCULA		<u>Gaf</u>	<u>Andréia C.</u>	
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK				
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperte, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> , maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> , menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO				
ESCALA DE DOR ALTA				
( ) SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	SONDA ( ) NASOG. ( ) MASOE
15 mL	hs mL	hs mL	hs mL	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:				
<p><u>11/06/2018 Admitida na RPA no pós de amputação M&amp;gt; sob efeitos de viaqueanose. Fim estab aquil. — pacote de oxigênio.</u></p>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA <u>11/06/2018</u> ALTA PACOTE <u>11/06/2018</u> HORÁRIO <u>11/06/2018</u> ANESTESIOLOGISTA <u>DR. LIMA</u> CRG 2836
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				



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Anaída Cintia C. Luanasau

Diagnóstico pré-operatório

Isquecemia de MGD

Operação - Tipo

Aux. extirpo de MGD

Cirurgião

Dr. Marcos Varella da Costa

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

W. Heloisa Braga  
ANESTESE  
CRM-PI 324

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pos-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Socorrida com intubação

Atendida no pronto-socorro  
Município de São Luís  
SUS - PI - CRUZ ORIGINAL

**Descrição da Operação**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

O paciente foi submetido ao procedimento de  
ligadura e seccão de MGD Glóscada  
com clips por 4 fendas contornando  
o coto. A (5) Socorrida por placas, ligadura  
vascular (6) histotriptia de tecido  
Fechamento por placas (7) ligações



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 12 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE: Anônimo Cítrina levado DIPONTEARIO Nº: 490327

DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA: <u>Rapida</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>		
CIRURGIÃO: <u>M. Luciano Varela</u>	CPF Nº:		
AUXILIAR: <u>Asst.</u>	CPF Nº:		
ANESTESIA: <u>M. Helenita</u>	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA: <u>J. Varela</u>	CPF Nº:		

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVP DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>92</u>		PVP TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SÓRIO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>Mediane cítrina</u>	UNID.	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	 Cítrina levado DIPONTEARIO Nº: 490327 Data: 12/10/18 Assinatura: N.º 001 CONFIRME: N.º 001		
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>	<u>01</u>				
MONONYLON	<u>2.0</u>	<u>100</u>	<u>02</u>	<u>402</u>			
FITA UMBILICAL					ENFERMARIA:		
VICRYL	<u>0</u>	<u>100</u>	<u>02</u>	<u>10</u>	CIRCULANTE:	<u>Ana Ribeiro</u>	
PROLENE							



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Ana Paula Crisânea C. Da Conceição

Diagnóstico pré-operatório

Fistulosa de Feces

Operação - Tipo

Retirada de placa e parafusos

Cirurgião

Dra. Marcos Vazquez

1º Assistente

Dra. Carla

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestesíco(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pos-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

- Sem

intervenção

Vassoura de cera  
11/03/2014

**Descrição da Operação**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal, sob rotação suspenso
- ② Acessório de luxo
- ③ Colocação de coxipor
- ④ Abertura de F.O. em lateral de exta ímpar retirada de placa e parafusos de fezes, para posterior suspensão do cérebro vivo.
- ⑤ Fechamento da F.O.
- ⑥ Cera



# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olímpio Cito 1820 Redenção - Fone: 86 3718 0445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

490327

Internação:

224586

Nome: **AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMACENO**

End. Resid.: ZONA RURAL - ASSENTAMENTO TABOCA

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - PI

CEP: 64275-000

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

**Diagnósticos:**

CID Principal: Embolia e trombose de aa dos mm ii

Cod.CID:

I	2	4	3

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

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

**EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:**

Paciente em BEG, consciente e orientada, anictílica, acalorada, afibril, hidratada. Diurese e evacuações presentes. Boa evolução da dieta. Sons reparador.

**MEDICAÇÕES:**

ciprofloracino 500 mg, or 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 ortopedia. Orientações de higiene e retirada de pontos.

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

**TRANSFERÊNCIA:**

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Rodrigo S. N. Ribeiro  
 Angiologista e Cir. Vascular  
 CRM-PB 105  
 CRN-PB 105  
 Especialista Médico Assistente/Auxiliar/Residente  
 CRM-PB 105



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  
**87E8.C180.A0E2.9B59**



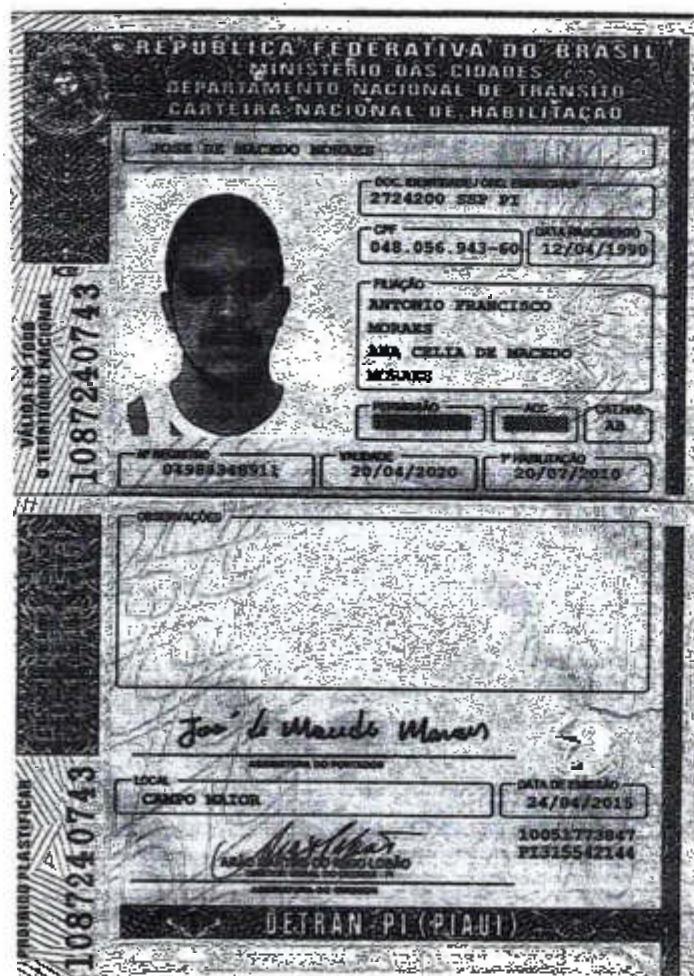
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 10:48:43 do dia 21/11/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL	<b>4.659.501</b>	DATA DE EXPEDIÇÃO	<b>23/08/17</b>
NOME	<b>AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO</b>		
FILIAÇÃO	<b>ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA</b>		
NATURALIDADE	<b>CAMPO MAIOR-PI</b>	DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM	<b>CERT. NASC. 2266 L A02 F 268</b>		
CPF	<b>EXP CAMPO MAIOR-PI 11/07/01</b>		
<b>0897368</b>		Francisco das Chagas Pinheiro Martins ASSINATURA DO DIRETOR DA POLÍCIA CIVIL	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			





J 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      **Data do acidente:** 16/09/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A  
DAMASCENO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>70 %</b>	<b>R\$ 9.450,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORANTE:

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO  
RG: 4-659.503 Orgão Emissor: SSP - PI CPF: 103.373.823-54  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: ASSENTAMENTO TAPOCÁ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: ZONA DA FAL Cep: 64.275-000 Cidade/UF: JACOBINA DO PIAUÍ  
Telefone: (86) 98137 4015 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: JOSÉ DE MACEÇO MOLAES  
RG: 2.724.200 Orgão Emissor: SSP - PI CPF: 048.056.943-60  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AVÔ/ONOMO  
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT Nº \_\_\_\_\_  
Bairro: CENTRO Cep: 64.280-000 Cidade/UF: CAMPOMAIOR - PI  
Telefone: (86) 98108.4515 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

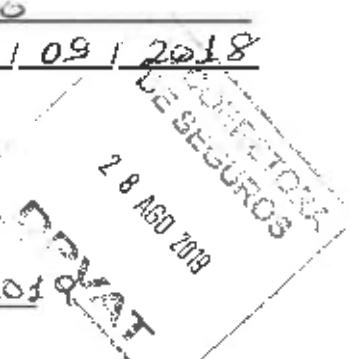
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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: 103.373.823-54 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)

<p>Cartório Extrajudicial de Campo Maior AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - N° 304 - CAMPOMAIOR - PI RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO, EM TESTE <i>Chábeli</i> DA VERDADE, SOU FÉ, CAMPOMAIOR 19/07/2018 10:55:42</p> <p><i>Chábeli</i></p> <p>CARLOS ALBERTO ALVES RODRIGUES - ESCRIVENTE Fone: R\$ 3,65 Tij: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98</p>	<p>CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL Selo de Fiscalização Autenticidade Poder Judicante Estado da Paraíba Atas de Notas Registro e Autenticação RECONHECIMENTO DE FIRMA ABS 07886</p>
--	--

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296656/19

**Vítima:** AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

**CPF:** 101.171.823-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** AMANDA CRISTINA  
CARVALHO DAMASCENO

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE MACEDO MORAES

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 29 de 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:  OAMS (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 SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo: Amanda Cristina Carvalho Damasceno | 6 - CPF: 101.171.823-54  
 7 - Profissão: Estudante | 8 - Endereço: Bairroamento Tabocay | 9 - Número: 510 | 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Zona Rural | 12 - Cidade: Jatobá do Piauí | 13 - Estado: Piauí | 14 - CEP: 66075-000  
 15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: (616) CONTA: (19370) 3  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, 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 atende 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 ao pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei G 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (velasco)?  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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data,

Tremembé, 28-08-19

Amanda Cristina Carvalho Damasceno

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: Antônio Wilson Pereira  
 CPF: 1005.142.723-09  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: Antônio Francisco da Silva Oliveira  
 CPF: 032.029.503-46  
 Assinatura da testemunha  
 40 - Francisco de Souza Oliveira  
 Assinatura da testemunha



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

RESIDÉNCIA DO SR. GERSON

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO

RG: 4659601 SSP PI

Mãe: ANTONIA CARVALHO DAMASCENO NETA

Endereço: ASSENTAMENTO TABOCA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA

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 N° 9C2HB0210ER467766, 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 SURPREENDIDA 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 FÉMUR 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 TRANSFERIDA PARA O HUT(hospital de urgência de Teresina)PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS,QUE APÓS ALGUNS DIAS INTERNADA FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO FÉMUR 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 IMEDIATO 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 - Mat.  
AGENTE DE POL.

Amanda Cristina Carvalho Damasceno  
AMANDA CRISTINA CARVALHO DAMASCENO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Matheus Henrique  
Delegado Regional Polícia Civil-PI  
M.º: 5.301-7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  OAMS (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 SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Amanda Cristina Carvalho Damasceno	6 - CPF:	101.171.823-54
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Bairroamento Tabocay
9 - Bairro:	Zona Rural	10 - Complemento:	S/N
11 - Cidade:	Jatobá do Piauí	12 - Estado:	Piauí
13 - CEP:	66075-000	14 - Tel.: [DDD]:	
15 - E-mail:		16 - Tel.: [DDD]:	

DADOS CADASTRAIS

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: (616) CONTA: (19370) 3  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Dedico, 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 atende 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 ao pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei G 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (velasco)?  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 Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data,

Tremembé, 28-08-19

Amanda Cristina Carvalho Damasceno

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: Antônio Wilson Pereira  
 CPF: 1005.142.723-09  
 Assinatura da testemunha  
 Antônio Wilson Pereira

39 - 2º | Nome: Antônio Francisco da Silva Oliveira  
 CPF: 032.029.503-46  
 Assinatura da testemunha  
 Antônio Francisco da Silva Oliveira

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: P0200871

Registro: 29646

Data: 16/09/2019

Hora: 12:15:00

Funcionario: NAYARA

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.: ASENTAMENTO TABOCA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ/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

História Clinica/Exame fisico:

Paciente vítima da batida com toxicos no t1h, apresentando fratura exposta de fíbula (perna) traumas + fratura A<sub>po2</sub> - 99% FC - 130 bpm

Horas: \_\_\_\_\_

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

1) Paracetamol 500mg/4h, Ipratropio + Solutol SFu, 1%. EV  
Salvia 2) Cefotetina 1g 2x/dia + Solutol AD. EV bafas e  
3) Cetoprofeno 100mg 3x/dia + Solutol SFu, 1%. EV  
Contra-indicado:  
4) Ringer lactato - 200ml EV nojo;  
5) RX de gesta D & perna D & P profunda;  
6) Dexamfetamina 100mg AD, fazer 3ml

Anotações da Classificação de Risco

Horas: 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, FÍSICA, APRESENTA LESÃO EM FACE E PERNA DIREITA

Alergias: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Medicação Usual:

PA: 100/70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA HAS E DM

R. 19 Piauí (HU)

Fábio Magno da Silva

CRM-PI 120.397

Conduita: ENCAMINHADA AO CLÍNICO

393116 - JOTCIANE DE ANDRADE RODRIGUES  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Horas:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia

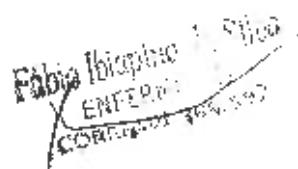
Destino:

Elenilson Lages  
MÉDICO  
CRM-PI 4121

LEIDIANE DAMASCENO  
Paciente ou Responsável

4121 - ELENILSON TORRES LAGES  
Médico Responsável

(13:30) Pet d'un entitrat nbt sur prop feal  
utime de violètè motrictie, com pétit  
de puro D. Regulador, venire sous le medecin.  
Signat en ambulanci d'urgencie.



# 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 AV MARANHÃO, 769 - CENTRO SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

## COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

## CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL NF: 25.807.756

MARIA DA LUZ DAMASCENO

AS ASSENT. TABOCA, S/N - TABOCA

B-RURAL

64275-000 JATOBÁ DO PIAUÍ

PI

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

## OBSERVAÇÕES

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada
- Atraso no pagamento será onerado 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

a identificação é sólida

recorte aqui



Eletrobras

Distribuição Piauí AV MARANHÃO, 769 - CENTRO SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

## COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

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

836709000000.906800170001.000000009613.949608190082



28 AGO 2019

RECIBO DE SEGUROS

28 AGO 2019

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal Rondon 789 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-80 | Inscrição Estadual: 19.301.383-9  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série A-1  
Regime especial da impressão autorizada pela SDR/NZ 04/96

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

018396071

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.458 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO 238 TOTAL A R\$ 0,927609

LEANDRO PAIXÃO TURRES  
R. BENJAMIN CONSTANT 852 CENTRO  
CNPJ: 00000000000000 IE: 1453887

CENTRO

CEP: 64.300-000 - GANHO MÁIOR

Atual:	42435	Anterior:	42197	Almox:	13/03/2019
Consumo	238	Próxima Leitura:	11-04-2019	Entrega:	12-03-2019
Consumo Retornado:		Apresentação:			
Forma de Pagamento:		Data da Conta:	13-03-2019		
NOTA DE CORREÇÃO DE CONTA DE CONSUMO					
Consumo	238 A R\$ 0,927609 = 220,77				
FEV/19 245	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 39,04				
JAN/19 212	MULTA POR ATRASO 01/19-00 3,93				
DEZ/18 221	JUROS POR ATRASO 01/19-00 1,63				
NOV/18 321					
OUT/18 704					
SET/18 1601					
AGO/18 1175					
JUL/18 91					
JUN/18 638					
MAI/18 436					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 238 - 0,927609					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

28 AGO 2019

DPIVAT