

Controle de documentos x Audiências x Upload x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0800528-41.2020.8.18.0 x Merge PDF files online x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=487282&ca=71dcca5ca871e990280dbdf9c8275e19799...

Apps Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800528-41.2020.8.18.0028
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO X GENTE SEGURADORA SA

10953600 - CONTESTAÇÃO (2735618 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 09:39:22

24 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10953596 - CONTESTAÇÃO
 - 10953600 - CONTESTAÇÃO (2735618 CONTESTACAO 01)
 - 10953604 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10953605 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10953607 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10953608 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2735618- CS/ 2020-02609/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf c.pdf Exibir todos x

PT 09:39 24/07/2020



Número: **0800528-41.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10953604	24/07/2020 09:39	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013603913220

VIA 1 COD. RENAVAM 0108332136 EXERCÍCIO 2019

NOME PAIMONA VIEIRA DE NOVA

CPF / CNPJ 98887009368 PLACA PIX-2262

PLACA ANT. / UP CHASSI 9C2JB0100GR204383

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEUTRAL COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP 110T ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2016

CAP / POT / CIL 02P/0109CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º IPVA 3º PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 24/01/2019

OBSERVAÇÕES

AVISO: NÃO VALE PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL FLORIANO DATA 24/01/2019

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

PI Nº 013603913220 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 24/01/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 98887009368 PLACA PIX-2262

RENAVAM 0108332136 MARCA / MODELO HONDA/POP 110T

ANO FAB. 2016 CAT. TVE 09 Nº CHASSI 9C2JB0100GR204383

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 000,00 DENATRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 084,50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.609/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
3.0 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.643.369 DATA DE EMISSÃO 03/12/10

NOME MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

FILIAÇÃO LUZIA ALVES DE SOUSA
FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 04/07/1984

DOC. ORDEM CERT. NASC. 22967 L A126 F 72
EXP FLORIANO-PI 27/08/90

TERESINA - PI 015.558.723-44

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03 - DECRETO Nº 89.250/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Maria Luiza Alves de Araujo
ASSINATURA DE TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





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 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 Nº 6.13/58.

Pelo exposto, eu EDUARDO ALVES DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.558.723, 44,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.558.723, 44, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua PROJETADA 22</u>	Número: <u>291</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>TIBARÃO</u>	Cidade: <u>FLORIPAVO</u>	CEP: <u>64800-000</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>(89) 99423 5886</u>

Local e Data:

FLORIPAVO - PI 16/08/2019

Edmar Alves dos Santos

Assinatura do Declarante



DLDR1.001.V001/2017

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:40:36

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409392091700000010384545>

Número do documento: 20072409392091700000010384545

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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA
RG nº 4.662.659, data de expedição 15/07/10
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 988.870.093-68
com domicílio na cidade de FLORIANO, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MARIA LUIZA PEREIRA, nº 460
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO, cujo o condutor era
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Veículo: Automotivo Modelo: Pop 110 Honda Ano: 2016
Placa: PIX 2262 Chassi: 962-JB01006R204383
Data do Acidente: 23/03/19

Local e Data: FLORIANO PI 26/07/2019



1º OFÍCIO

Raimunda Vieira de Sousa

Assinatura do Declarante

Maria Luiza Alves de Araujo

Assinatura do Condutor

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





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.748/0001-90 (Insc. Estadual: 8.301.583-5)
Inscrição Fiscal: 10.438 de 20 de abril de 2002
Registro em nome de impressora autorizado pela SEFAZ/CE/PA

Para controle
doméstico, informe
o seu número

SEU CÓDIGO
0706265-6

Nº da Nota Fiscal 024603355

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	24-07-2019	291	290,90

EDIMAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERAO 291-A B-URBANO
CPF: 0007480680300
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA	ROT: 93.800.13.15.042300
Atual	752
Anterior	461
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	291
Consumo Faturado	291 FCM
Forma de Faturamento	NORMAL
Código de Irregularidade	
Dias de Consumo	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL MONO A2192262	1.1.1.1	195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUN/19 282	CONSUMO 291 A R\$ 0,927764 = 269,97
MAI/19 179	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,00
ABR/19 171	BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N. 1,82-
MAR/19 191	CORRECAO MONETARIA IG 05/19 2,24
FEV/19 192	MULTA POR ATRASO 05/19-00
JAN/19 189	JUROS POR ATRASO 05/19-00
DEZ/18 160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA
NOV/18 169	
OUT/18 137	
SET/18 155	

TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA
R\$ 291 - 0,927764

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Mes/Ano Valor R\$
06/2019 276,13
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-08-2019, o não pagamento por-
tante suspenso também é incluído no nome do consumidor na
CERPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.
LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO	35A0.32FA.16FF.D26E.E9F5.A8BA.52E8.0917
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 53,09	Base de Cálculo: 269,97
Energia: 102,60	Alíquota ICM: 27,00%
Transmissão: 17,35	Valor do ICM: 72,89
Encargos: 8,49	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 58,44	Valor do COFINS: 6,48%
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
DIC	FIC
Mensal	Trimestral
Limites	6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
Indicador	0,00 0,00 0,00
Conjunta	FLORIANO
Período de apuração	05/2019
USD	112,60

ROT: 93.800.13.15.042300



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.748/0001-90 (Insc. Estadual: 8.301.583-5)
Inscrição Fiscal: 10.438 de 20 de abril de 2002

SEU CÓDIGO

0706265-6

MÊS FATURADO

07/2019

Nº da Nota Fiscal

024603355 FCM

TOTAL A PAGAR - R\$

290,90

VENCIMENTO

24-07-2019

836300000002 0 00000017000 3 00000000706 2 26560719008 8



SEQ.: 00177 UN.: 0706265-6 DT. LEIT.: 17/07/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 752 NORMAL TOTAL: 290,90 CARGA: 003
DT. VENC.: 24-07-2019 INREG.: 000 COLETOR: 1821



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:40:36

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409392091700000010384545

Número do documento: 20072409392091700000010384545

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINI 3, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.513.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0626805
Data: 23/03/2019
Funcionario: JOAQUIM

Registro: 12426
Hora: 13:04:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 92**SUS****MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO**

Nasc.: 04/07/1984 Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: JOSE MONTEIRO, 4 -

Bairro: CAIXA D'AGUA

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: LUZIA ALVES DE SOUSA

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 7534 - RICARDO MARTINS

Responsavel: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X80

Procedimentos

23/03/2019 13:04 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

23/03/2019 13:24 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COPIA ORIGINAL
DATA 06/08/19
ASSIN: [assinatura]

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30-AGO-2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT/7348

0408050250/729

0305060500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 021179908

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

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2019	09/05/2019	44	32,61

PEDRO RODRIGUES DOS SANTOS
R. JOSE MONTEIRO DA SILVA 43 S/C B-URBANO
CPF: 00037281267304
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 83.800.03.05.068300

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	15620	Atual:	02/05/2019
Anterior:	15576	Anterior:	01/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	03/06/2019
Consumo Medido:	44	Emissão:	01/05/2019
Consumo Faturado:	44	Apresentação:	02/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dia de Consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1103139		1.1.1.1	85

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO 44 A R\$ 0,668789 =	29,42
ABR/19 68	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,10
MAR/19 60	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	0,45
FEV/19 62	MULTA POR ATRASO 03/19-00	1,04
JAN/19 62	JUROS POR ATRASO 03/19-00	0,60
DEZ/18 85	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,02	
NOV/18 95		
OUT/18 101		
SET/18 2		
AGO/18 37		
JUL/18 137		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 44 - 0,615955		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17/09/2012. O não pagamento por 30 dias suspenderá também a inclusão do nome do consumidor no SEREN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
04/2019	63,70	

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 5E13.8A0D.98D1.F17B.89D5.A4F1.947B.DA2E									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	7,94				Base de Cálculo:	29,42			
Energia:	15,32				Alíquota ICMS:				
Transmissão:	2,59				Valor do ICMS:				
Encargos:	1,26				Valor do PIS:	1,40%	0,41		
Tributos:	2,31				Valor do COFINS:	6,49%	1,90		
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DABC		INCR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Linha	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54		
Redução	0,00				0,00				0,00
Consumo	FLORIANO						Período de apuração:	03/2019	Valor: 20,93

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.558.723-44 4 - Nome completo da vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO 6 - CPF: 015.558.723-44
7 - Profissão: LAVANDORA 8 - Endereço: RUA JOSE MONTEIRO DA SILVA 9 - Número: 43 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA 12 - Cidade: FLORENÓ-PI 13 - Estado: PIAUI 14 - CEP: 69800-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 161 99423 5886

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\$1.00 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)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 013.1046994
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: 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 a Seguradora Líder para verificação da existência e permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o conteúdo da 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORENÓ-PI 16/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

015.558.723-44

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

015.558.723-44

LAVANDORA

RUA JOSE MONTEIRO DO SILVA

43

CAIXA D'ÁGUA

FLORIANO

PIAUÍ

89.800-000

1691194135886

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\$1.00 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 013.1046994

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

SEGURADORA S.A.
Rua Casimiro de Barros, 465 Loja C
Cidade de São Paulo - SP
CEP: 01041-000
Fones: 11 3100-470
Resina-PI

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORIANO-PI 16/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019





AUTO-ATENDIMENTO - AG FLORIANO

DATA: 28/08/2019

HORA: 16:06:21

TERMINAL: 06381018

CONTROLE: 063810180521

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0638 013.00104699-4

NOME: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 89 99423-5886

NÚMERO DO ENVELOPE: 29319501

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



h





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



279 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002196/2019-81

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: José Mário De Jesus

Data/Hora: 09/08/2019 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

ESTRADA DO AMOLAR, Nº:

Complemento

544663

544665(DAMS)

Data/Hora

23/03/2019 - 09:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

RG: 2643369 SSP PI

Mãe: LUZIA ALVES DE ARAUJO

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Endereço: JOSÉ MONTEIRA DA SILVA, Nº 43

Bairro: CAIXA DA AGUA

Cidade: FLORIANO - CEP: 64800-000

Telefone(s): 89-9441-5851 89-9900-1979

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa:

2016 PIX2262

Chassi:

9C2JB0100GR204383

Renavam:

1083332136

Cor:

Branca

Condutor: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

End: RUA JOSÉ MONTEIRO DA SILVA Número: 43 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: CAIXA DA AGUA

Proprietário: RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO PELA ESTRADA DO AMOLAR EM DIREÇÃO À COMUNIDADE BARRA DA VEREDA NA MOTOCICLETA CITADA ACIMA, NO DIA E HORA CITADOS ACIMA, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA APÓS BATER EM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A ESTRADA, QUE VEIO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES, QUE PASSOU POR RAIOS X E FORA DIAGNOSTICADO FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO, QUE APÓS PASSAR SETE DIAS INTERNADA NO HRTN FOI ENCAMINHADA PARA TERESINA E PASSOU POR CIRURGIA NO HOSPITAL DA UNIMED NAQUELA CIDADE. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

João Ribeiro da Silva Neto - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
MAT.: 196.331-7

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/08/2019 11:46 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/1





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

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507075

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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

Carta nº 14938955





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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190507075 Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01071/01072 - carta_02 - INVALIDEZ

00020536



Carta nº 14769386





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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507075

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000638**

Conta: **00000104699-4**

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



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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000104699-4

Nr. da Autenticação A4A60DCFA0EF205A



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190507075**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSÉ MONTEIRO DA SILVA, 43, URBANO - CAIXA D'ÁGUA - Florianópolis - PI - CEP 64800-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2643369**

Data e local do acidente: [**23/03/2019**]

Na estrada do Amolar, na zona rural do município de Florianópolis (PI).

Data e local do exame: [**14/09/2019**] **Florianópolis** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

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

Apresenta no momento no exame médico, cicatriz com 23,0 cm da coxa esquerda até o joelho esquerdo, região lateral, alteração anatômica com perda de massa muscular na coxa esquerda, encurtamento com marcha claudicante, com rigidez articular no joelho esquerdo, não faz a flexão do joelho esquerdo, com prejuízo da manobra de agachamento, com prejuízo da função do membro inferior esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Fez tratamento médico cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa DCS e sete parafusos, evoluiu sem complicações; refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Mauro Ricardo Ramos Bilíbio - CRM: 6373 - MA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: LAVADORA
Identidade: 2.643.369 CPF: 015.558.723-44
Endereço: RUA JOSE MONTANHO DA SILVA 43

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors, e Corretores), para fins especifico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Fló(pil), 26/7/19
Local e data

1º OFÍCIO

Maria Luiza Alves de Araujo

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299555/19

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

CPF: 015.558.723-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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 médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO : 015.558.723-44

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: 30/08/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

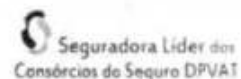
Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Danielle Nobre de Sousa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299555/19

Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

CPF: 015.558.723-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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 médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO : 015.558.723-44

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: 30/08/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190507075 **Cidade:** Florianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

Descrição do exame físico: Apresenta no momento no exame médico, cicatriz com 23,0 cm da coxa esquerda até o joelho esquerdo, região lateral, alteração anatômica com perda de massa muscular na coxa esquerda, encurtamento com marcha claudicante, com rigidez articular no joelho esquerdo, não faz a flexão do joelho esquerdo, com prejuízo da manobra de agachamento, com prejuízo da função do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Fez tratamento médico cirúrgico com osteossíntese com fixação com placa DCS e sete parafusos, evoluiu sem complicações; refere que fez fisioterapia, e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/09/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINI A, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.113.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0626805
Data: 23/03/2019
Funcionario: JOAQUIM

Registro: 12426
Hora: 13:04:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 92

SUS

MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Nasc.: 04/07/1984 Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: JOSE MONTEIRO, 4 - Bairro: CAIXA D'AGUA
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: LUIZA ALVES DE SOUSA

CPF: 015.558.723-44 - RG: 2643369/PI - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

Clínica: ORTOPEDIA

Documento: 7534 - RICARDO MARTINS

Responsável: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 110X80

Procedimentos

23/03/2019 13:04 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
23/03/2019 13:24 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 06/08/19
ASSIN: [assinatura]

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOT/7346

0408050250/729

0301060400



MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

30/07/2020



Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2365146	
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2365146	
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES			
Identificação do Paciente		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		12426	
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 2	
898002349744355		11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE		(89) 9461-4126	
LUZIA ALVES DE SOUSA			
12 - ENDEREÇO			
JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
FLORIANO		2203909	
		15 - UF	
		PI	
		16 - CEP	
		64800-000	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

DATA DE NASCIMENTO
04/07/1984

GENTE SEGURADORA S.A.
Rod. Coaracy de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente vítima de acidente
transportado - ferimentos
na região da cabeça*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Deles de

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Deles de

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS A600C

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

MEDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

33889413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Dr. Conegundes Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2572 TEO 7349

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

23/03/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE
CRM 2572 TEO 7349
AUTORIZADOR

76617

2219101199073

NR



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 450 Lda C
Cidade Nova CEP: 84.903-430
Teresina-PI

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA LUÍZA ALVES DE ARAÚJO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

12426

7 - SEXO

1 - M - 2 - F

11 - TELEFONE DE CONTATO

(69) 9451-4126

10 - NOME DA MÃE

LUÍZA ALVES DE SOUSA

12 - ENDEREÇO

JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA DAGUA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente vítima de acidente
hospitalar - fratura
fêmur distal*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

devido a

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

devido a

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

T039 V294

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0303010043

ORTOPEDIA

URGENCIA

() CNS (x) CPF

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CRM)

*Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2572 TEOF 7348*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

M220390901

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coimã de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina - PI

HOSPITAL REGIONAL TERESINENSE
ILUMINAÇÃO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
S. B. B. B.



Telefone: (89) 3522-1489 / (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

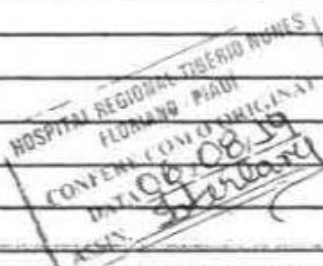
1072451 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data: 23/03/2019

Diag. Cirúrgico: _____

Cirurgia: _____

Descrição da Cirurgia: _____



Cirurgião: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí.

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade H.U.F.N

Para: H.G.U

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Laja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Nome da Pessoa Encaminhada
Marcia Leiza Soares de Aguiar

Registro

Motivo do Encaminhamento

Para o tratamento de acidente
no local de trabalho de acordo com
o RPPS do Hospital Regional

Observações:

HISTÓRICO
BT 80/90
CONFIRMAR COM PROVA
HOSPITAL REGIONAL
NORTE - PIAUÍ

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 - RCD: 7348

Responsável Pelo Encaminhamento

Obs.: Deve ser arquivada no Centro de
Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou
Regional.
Em: ____/____/____

Ficha de Retorno

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:



Ficha de Encaminhamento

Da Unidade <u>M.H. F. N.</u>	Para: <u>41.5. U.</u>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 </div>	
Nome da Pessoa Encaminhada <u>Maura Kense Soares de Azevedo</u>	Registro <u>GENTE SEGURADORA S.A.</u> <small>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.062-470 Teresina-PI</small>
Motivo do Encaminhamento <u>Ampliação de atendimento</u> <u>após o atendimento realizado no</u> <u>Centro de Referência Especializado</u>	
Observações: 	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 REG. 7348 </div>	Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Em: ____/____/____
Responsável Pelo Encaminhamento	

Ficha de Retorno

Da Unidade	Para:
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg);"> HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES FLORIANO - PIAUÍ CONF. COM. COORDENADOR DATA: 06/08/19 ASSIN: [Assinatura] </div>	
Nome do Cliente:	Registro Original
Diagnóstico e Orientações: 	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ____/____/____ Responsável Pelo Diagnóstico </div>	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.



DOCUMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 84.002-470
Teresina - PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME Prof. Frederico de Paula ALA 06 ENF. OU APT. 06 LEITO 06 ORTOPEdia

DATA 23/03/19 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. ~~CEFAOTINAM 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS~~

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. ~~MELEXANE 100MG - 01 AMP SC 1X/DIA~~

09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

11. CURATIVO

12. SSV + CCGG

Hygauron 500000 e 1000000

Dr. Consegundes P. Filho
Oreopédio, Ressonância
CRM: 2512

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI
DATA: 03/08/19
CPF: 000.000.000-00



PRESCRIÇÃO MÉDICA

APT.	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
Canada - Reparo		

PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Luciana Leites Per					
HORA 30	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
19	h Dose 1 em 1 v 8/11 e 8/11 v Dose 2 - 10x 1 v 12/12 5x o Medicação 1000 v 5e 10-11-12 q sem				A doçinha pxt quexa m de dores abdominais medicação do dia 03. Luciane Sousa COREN-PI 136410 - TE
Dr. Copengades Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 TEO: 7348					

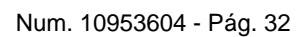
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

FLORIANO-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja 1
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>João Louro</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>28/07/18</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
01. DIETA LIVRE	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
02. JELCO HIDROLISADO	OBSERVAÇÕES			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Ab. de 08h a 18h. Siga em Repouso no Leito, aguardando cirurgia.			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	08 UT (06) UT			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	08 24 06			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	08 24 06			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
13 - <u>de 08h a 18h 14 52 12/11/18</u>				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DE VAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 30 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



Atendimento: E0168376



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/03/2019

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Médico(a): CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO
Convênio: SUS

Leito: EX29 Enfermaria: E01

Sexo: FEMININO
Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS
Impresso: 24/03/2019

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,3 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,0 g%	12,0 a 17,5 g%
ATÓCRITO	34,5 %	40 a 52 %
VCM	80,23 u ³	80 a 100 U ³
HCM	25,58 pg	26 a 34 pg
CHCM	31,88 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	8.800 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	64 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	4 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
L ¹ -FÓCITOS	30 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%

PLAQUETAS237.000 /mm³ 150.000 a 400.000 /μL**OBSERVAÇÕES****ERITRÓCITOS****OBSERVAÇÃO GERAL:**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 80) com revisão em timina Bioquímica (Bio 200)

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:40:36

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072409392091700000010384545>

Número do documento: 20072409392091700000010384545

Num. 10953604 - Pág. 34

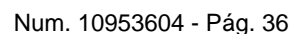
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

OME <u>Marcos Lourenço</u>	ATA <u>24/5/13</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALV	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
1. DIETA LIVRE			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
2. JELCO HIDROLISADO			HORÁRIO MEDICAÇÃO			
1. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			OBSERVAÇÕES			
1. CEFOTETIMA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS CPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>			
1. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
1. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
1. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
1. GLEEXANE 40MG - 01 AMP 3G 1X/DIA						
1. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
1. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
CURATIVO						
SSV + CCGG						
<u>Teperner 1000 c; de 10/11/2012</u>						
Dr. Consequência P. Filho Ortopedia, Traumatologia CRM: 2672 TBO-1348						



FLORIANO-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚSO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019 *
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Côdrea de Resende, 465 Jd. C
Centro - Monte CEP: 54.002-970
Teresina-PI



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Marcia Luge</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
DATA <u>29/03/19</u>	<div> <div>PRESCRIÇÃO MÉDICA</div> <div>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</div> </div>				
01. DIETA LIVRE	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
02. JELCO HIDROLISADO	OBSERVAÇÕES				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06	<div> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 405 Loja C Centro-Norte CEP: 64.022-470 Teresina-PI </div>		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)					
06. ILLAPIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
<u>Hipertensão S. 200x110 (SC) 12/12</u>	18	06			
<div> <div>Dr. Alvaro</div> <div>CPF: 000.000.000-00</div> <div>Cirurgião de Mão Livre</div> </div>					

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUNHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Clara de Assis Alves Ferraz de Sá
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ À _____
RUA Amador - Floriano - PI IDENTIDADE _____
Nº _____ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE _____
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

() NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO, ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

() NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

(X) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: Mário Luiz Alves de Araújo


RESPONSÁVEL: Clara de Assis Alves Ferraz de Sá

TESTEMUNHA: João de Sá

FLORIANO, 29 DE Março DE 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>M^{re} Luiza</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
- PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>30/03/19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18 06			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18 18 24 06			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. FLAHL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
<u>Depoimento S. Soares (SN) 14/12/19</u>					
					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI



Ficha de Atendimento
Internação / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO	Idade: 34	Dt. Nascimento: 04/07/1984 02:00:00
CPF: 01555872344	Identidade / RG: 2643369	Sexo: F
Mãe: LUIZIA ALVES DE SOUSA	Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO	Telefone: 94306225
Carteira: -	Senha Aut: -	Gula: -
Convênio: PLANO ECONOMICO	Plano: PLANO ECONOMICO	Validade: -
Endereço: BARRA DA VEREDA ZONA RURAL	Bairro: ZONA RURAL	Complemento: -
CEP: 64806580	Cidade: FLORIANO	Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

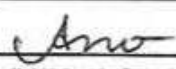
Atendimento: 648562	Prontuario: 138665	Data: 29/03/2019
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO	Usuario: ANETA	
Médico: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO		
Procedimento: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO		
Unidade de Internação: POSTO 02		Leito: VIRTUAL_P02_02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: CLARA DE ASSIS ALVES ARAUJO SANT	Telefone: 8994358789	
Endereço: -	Bairro: -	Complemento: -

Termo de Responsabilidade

- 1ª - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.
- 2ª - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3ª - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta.
- 4ª No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.


Hospital Unimed - Setor Internação


Cliente / Responsável



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- ☐ MUDANÇA PROCEDIMENTO
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI-RH
- ☐ OUTROS CLEXANE 40

- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
- ☐ PRORROGAÇÃO DE INTERCAÇÃO -

DIAS SOLICITADOS

NOME DO HOSPITAL HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA

C.N.P.J 6555031000276

NOME DO PACIENTE MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

COD. DE ATENDIMENTO 648562

PROCEDIMENTO SOLICITADO 30725127

PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANCA

MEDICO SOLICITANTE ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

CRM 1976

CPF 23953837320

DATA DA INTERNAÇÃO 29/03/2019

CONVÊNIO PLANO ECONOMICO

JUSTIFICATIVA:

PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO

DATA:

Dr. Alcido Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2928 / CRM-PI: 1976

Ass. Médico Solicitante

AUDITOR:

DATA:

Dr. Alcido Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2928 / CRM-PI: 1976

Assinatura CPF



HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Emitido por: AVILARINHO
Em: 29/03/2019 15:0

Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico:

Aviso de Cirurgia : 36690
Sala : 0020
Paciente : 138668
Convênio Atend. : 496
Leito : 0557

SALA 03
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
PLANO ECONOMICO
APARTAMENTO_69

Código da Descrição: 31041
Atendimento : 648562
Carteira :
Idade : 34 Anos 8 Meses 25 DI

Dt. Início : 29/03/ 2019 13:35 Dt. Fim: 29/03/2019 14:52

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
30725127 FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	496 PLANO ECONOMICO	001

Equipe

CIRURGIAO
ANESTESISTA

1976 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
4214 DENISE SOARES VALENTE

Descrição

Detalhamento

- 1-PACIENTE EM DDH
- 2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3-COLOCAÇÃO DE FAIXA SMACH AO NIVEL DA COXA E
- 4-COLOCAÇÃO DE FIO GUIA
- 5-FEITO FREZAGEM
- 6-COLOCAÇÃO DE PREGO 80 MM
- 7-FEIRO REDUÇÃO
- 8-COLOCAÇÃO DE PLACA 6 FUELOS TIPO DCS 90
- 9-COLOCAÇÃO DE DRENO 4.8
- 10 FECHAMENTO POR PLANOS
- 11-SUTURA DA PELE + CURATIVO

Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PA: 2322 / C.O.P. 65376

MEDICO(A):
CRM:

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
1976



FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 648562

Convenio: PLANO ECONOMICO

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

IDADE: 34 Anos 8

SEXO: Feminino

PESO:

A.S.A.: I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐

Atendimento: Elet ☐ Urg. ☐ Emerg. ☐

Cirurgia: FRATURA DE FEMUR

Anestesista: DENISE SOARES VALENTE

CRM: CRM: 4214

Início da anestesia: 13:00

Fim da anestesia: 15:00

Monitorização:

[illegible]

Gases:

SELEZIONE							
SELEZIONE							
SELEZIONE							

Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Líquidos Administrados:

[illegible]

Técnica Anestésica

RAQUEANESTESIA; ASSEPSIA + ANTISSEPSIA, PUNÇÃO LOMBAR C AGULHA QUINCKE 26G AO NÍVEL DE L3/L4, OBSERVADA SAÍDA DE LCR TRANSPARENTE, INJETADO BUPIVACAÍNA 15MG + MORFINA 80MCG SEDAÇÃO; FENTANIL 150MCG + MIDAZOLAM 5MG + KETAMINA 50MG IV

Intercorrências :

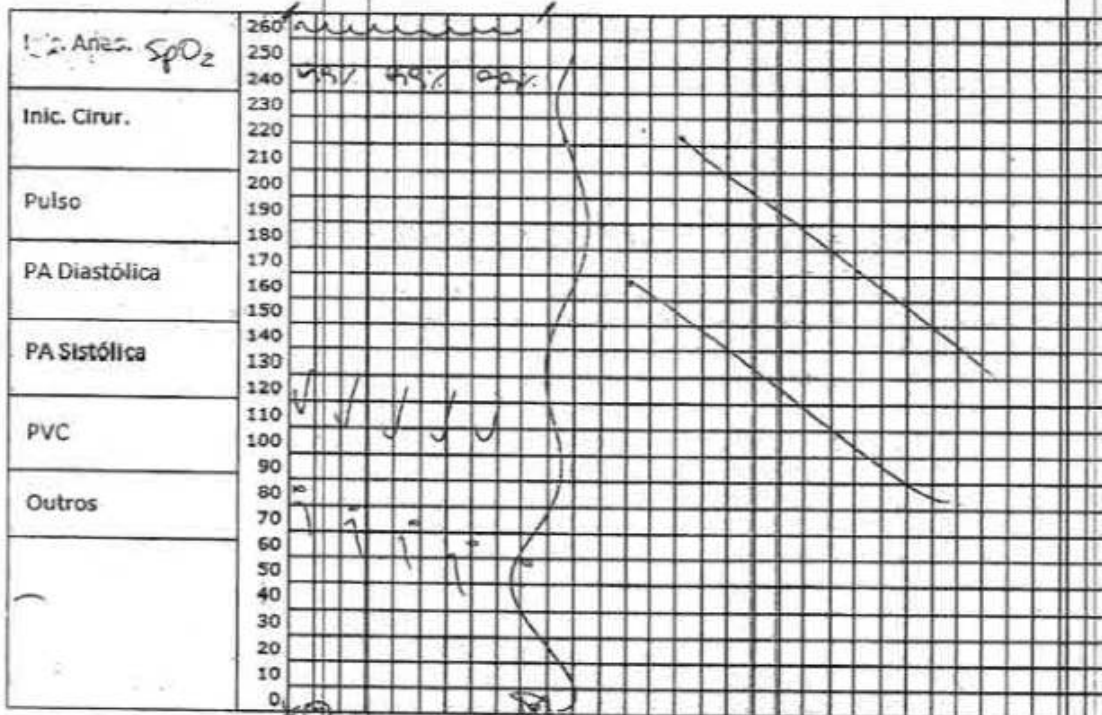
Dra: Denise Valente
Anestesiologista
CRMPI 4214

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2013

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina - PI





Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose	Drogas/Concentração	Qtde	Dose
<input type="checkbox"/> Adrenalina			<input type="checkbox"/> Dopamina			<input type="checkbox"/> Novabupi		
<input type="checkbox"/> Agua Dest. 10ml			<input type="checkbox"/> Dormonid 15mg	01		<input type="checkbox"/> Nubain		
<input type="checkbox"/> Amicacina			<input type="checkbox"/> Droperidol			<input type="checkbox"/> Ocitocina		
<input type="checkbox"/> Aminofilina			<input type="checkbox"/> Efedrina			<input type="checkbox"/> Omeprazol		
<input type="checkbox"/> Ancoron			<input type="checkbox"/> Efortil			<input type="checkbox"/> Ondasetrona	01	
<input type="checkbox"/> Aramin			<input type="checkbox"/> Esmeron			<input type="checkbox"/> Pancurônio		
<input type="checkbox"/> Atropina			<input type="checkbox"/> Etomidato			<input type="checkbox"/> Profenid		
<input type="checkbox"/> Bextra 40mg	01		<input type="checkbox"/> Fentanil	01		<input type="checkbox"/> Propofol		
<input type="checkbox"/> Bicarbonato Sódio 8,4%			<input type="checkbox"/> Fentanil(s/conserv.)	01		<input type="checkbox"/> Protamina		
<input type="checkbox"/> Bromoprida			<input type="checkbox"/> Flumazenil			<input type="checkbox"/> Quelicin		
<input type="checkbox"/> Buscopan			<input type="checkbox"/> Furosemida			<input type="checkbox"/> Quetamina		
<input type="checkbox"/> Cefazolina 1gr	02		<input type="checkbox"/> Gl. Cálcio			<input type="checkbox"/> Ranitidina		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifentanyl		
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacina 200mg			<input type="checkbox"/> Heparina			<input type="checkbox"/> Ropivacaína		
<input type="checkbox"/> Cisatracurium			<input type="checkbox"/> Hidrocortisona			<input type="checkbox"/> Sevoflurano		
<input type="checkbox"/> Clexane			<input type="checkbox"/> Isoflurano			<input type="checkbox"/> Sufentanil		
<input type="checkbox"/> Clor. de Sódio			<input type="checkbox"/> Lidocaína % v			<input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio		
<input type="checkbox"/> Clonidin			<input type="checkbox"/> Metoclopramida			<input type="checkbox"/> Tilatil		
<input type="checkbox"/> Dexametasona 10mg	01		<input type="checkbox"/> Metronidazol			<input type="checkbox"/> Tracrium		
<input type="checkbox"/> Diazepam 10mg			<input type="checkbox"/> Narcan			<input type="checkbox"/> Tramal		
<input type="checkbox"/> Dimorf 0,2 mg	01		<input type="checkbox"/> Neocaína % v			<input type="checkbox"/> Transamin		
<input type="checkbox"/> Dipirona	02		<input type="checkbox"/> Neocaína 0,5% PESADA	01				
<input type="checkbox"/> Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina					
<input type="checkbox"/> Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3.0 AGO 2019
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rêgo, 469 - Cj. C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

Teresina-PI, 29 de Março de 2019

DENISE SOARES VALENTE

CRM: 4214

Denise
Dra. Denise Valente
Anest.



**SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

DATA: 29-03-2019 15:20
CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO
PRONTUÁRIO: 138668
ATENDIMENTO: 548562

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Leito / Apto: APT_69

Início:

Cirurgia: FRATURA DE FEMUR E

Anestesia: RAQUE+SEDAÇÃO

Término:

Admissão: 29/03/2019

Hora: 15:10

PCT ADMITIDA NA SRPA, EM POI DE CIRURGIA CITADA A CIMA, SOB ANESTESIA RAQUE+SEDAÇÃO, SONOLETA, SSVV NORMAL, SEM APORTE DE O₂, EM HV, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, COM DRENO SUCTOR NA FO, SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Vias Aéreas

- ☐ Cateter ☐ Cânula Guedes
☐ Entubado ☐
☐ Máscara

Gases O₂

l/min

Ligado

Desligado

Alergias

Sinais Vitais

Horario	PA	P	F.R	T	SpO ₂	Diurese			
15:10	132X71			36	99				

Sinais Vitais

Soros

Sangue

Soma

Ganhos (G)

Perdas (P)

Diurese

Balanco (G.P) =

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi



Emitido por: CARLA KARINE DE ROCHA
MAGALHAES
Data da Emissão: 29/03/2019 15:17

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES

Conselho / Número COREN - PI - 1634151

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Hora anotação: 15:17

Responsável: CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES

Leito: APARTAMENTO_69

12:50HS - PACIENTE ADMITIDO NA S.O. PARA TTT CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, PELO DR. ALCIDES, VEIO
ROCEDENTE DA URGENCIA, COM EXAMES LABORATORIAIS, NEGA HAS, DIABETES, E ALERGIA MEDICAMENTOSA, VEIO COM
ACESSO PERIFERICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO.
13:00HS - REALIZADO MONITORIZAÇÃO. PCT SUBMETIDA A ANESTESIA RAQUE + SEDAÇÃO. SEGE SEM INTERCORRENCIAS.
13:25HS - ADMINISTRADO: 02 FRASCOS DE CEFAZOLINA, 02 AMPOLAS DE DAPIRONA, 01 AMPOLA DE DEXAMETASONA, 01
FRASCO DE BEXTRA, 01 AMPOLA DE ONDANSETRONA, PELA ANESTESISTA.
15:10HS - PACIENTE ENCAMINHADA PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA COM AVP FUNCIONANTE, PRONTUARIO, DRENO
SUCTOR, FOLHA DE DESCRIÇÃO E PRESCRIÇÃO CIRURGICA, PEDIDO DE RX, FOLHA CONSUMO DE SALA, COMANDA DA
SPINE. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



Carla Karine
CARLA KARINE D ROCHA MAGALHAES
COREN 1634151



HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: EABATISTA
Em: 29/03/2019 10:02

Paciente...: 138663 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição...: 890038 Data: 29/03/2019 10:00
Atendimento: 648562 DI Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação...: 29/03/2019 08:56 0 Dias(s) Int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: APARTAMENTO 69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: S729 FRAT DO FEMUR PARTE NE Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: EDUARDO ANTONIO AYREMOREAS BATISTA - CRM - PI - 3444
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

69

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO					ACM	

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
--------------	-----	---------	----	-----	------------	----------------

2 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	ACM	29/03/10:22 30/03/10
---------------------------	---	----	--	----	-----	-------------------------

3 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	1	AMPOLA		IV	ACM	
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				

4 DIMENIDRINATO B6 DL SOL. INJ. 50MG- 10ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
-> AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12	1	UND				
-> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	1	UND				

5 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML	1	AMPOLA		IV	12/12 H	29/03/10:22 30/03/10
-> KIT EV 10ML	1	KIT				

CUIDADOS GERAIS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 VERIFICAR SINAIS VITAIS					6/6 H	29/03/10:16:22 30/03/04:10

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
----------	-----	---------	----	-----	------------	----------------

7 GLICEMIA CAPILAR					ACM	29/03/10:22 30/03/10
Justificativa: DIETA ZERO						
-> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				
-> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

Eduardo Antonio Batista
Cardiologia Clínica
CRM-PI-3444
EDUARDO ANTONIO AYREMOREAS BATISTA
CRM 3444

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Paciente: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses 25 Dias

Data de Nascimento: 04/07/1984

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Atendimento: 648562

Leito: APARTAMENTO 69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONOMICO

Plano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 890477 (FECHADO)

Responsável: ANDRESSA RODRIGUES TAVARES - COREN
454220

Data de Referência: 29/03/2019

Data/Hora do Documento: 29/03/2019 15:29

Paciente admitida na SRPA em POI de Correção de Fratura de Fêmur a Esquerdo, Dr Alcides Vilarinho, sob efeito de anestesia raque + sedação. Chegou consciente, orientada, sonolenta, AVP pervio em MSE pervio. Segue normocárdica, normotensa, normotérmica, eupnéica, respirando espontaneamente sem aporte de O2, com bom padrão respiratório e oximetria de pulso (Sat 99%). Dieta branda quando ausente efeito anestésico. Diurese espontânea, ainda ausente. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Em esquema profilático de Cefazolina. MIE enfaixado, com presença de dreno de sucção. RX de controle. Segue aos cuidados de enfermagem.

Andressa Rodrigues
COREN - PI - 454220

ANDRESSA RODRIGUES TAVARES
COREN - PI - 454220



HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 2
Emitido por: AVILARINHO
Em: 29/03/2019 15:04

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição...: 890437 Data: 29/03/2019 14:57
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação...: 29/03/2019 08:56 0 Dias(s) int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: APARTAMENTO 69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 DIETA BRANDA					6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 SORO FISIOLÓGICO 100ML	1	FR		IV	CONTINUA	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
10 TILATIL PO SOL.INJ. 20MG	1	FA		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
11 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (MP2)	1	ML		IV	6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
12 ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML-5ML	1	MG		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
13 DIFENIDRAMINA SOL.INJ. 1MG/ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
14 ENOXAPARINA SOL. INJ. SER 40MG - 0,4ML	1	SRG		SC	1 X AO DIA	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
15 DIFENIDRAMINA SOL.INJ. 1MG/ML	1	AMPOLA		IV	6/6 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
16 (D1/2) CEFAZOLINA PO SOL.INJ. 1G	1	G		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57

EXAMES DE IMAGEM

20:00 29/03/19



L5565094
F04/2018
V04/2020

Versa

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA: 2528 / CIMA-PI: 1976

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: SANDRA
Em: 29/03/2019 16:19

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição.: 890541 Data: 29/03/2019 16:18
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a Sm 25d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação.: 29/03/2019 08:56 0 Diss(s) Int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Int.: POSTO 05 Leito...: APARTAMENTO_69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.....: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE - CRM - PI - 883
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
18 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) : Exame: 155778						

SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE
CRM 883



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Hora anotação: 18:22

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Leito: APARTAMENTO_69

20:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGENCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE MUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFERICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLÓGICO CPM; SSVV ESTAVEIS;

T- 36.6° SAT- 99% FC- 91 FR- 18 PA- 110 X 70

11:00 - REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 107mg/dl CPM;

12:00 - PACIENTE ENCAMINHADA PARA C.C. COM EXAMES;

18:15 - PACIENTE RETORNOU DO C.C. CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, AFEBRIL, EM H.V. DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, COM DRENO SUCTOR FUNCIONANTE, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (TRAMAL) CPM, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM; SSVV ESTAVEIS;

T- 37° SAT- 98% FC- 108 FR- 18 PA- 110 X 80



ana caroline
ANA CAROLINE DE SOUSA
COREN 1019887



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA

Conselho / Número COREN - PI - 001069774

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/03/2019

Data anotação: 30/03/2019

Hora anotação: 03:10

Responsável: LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO

Leito: APARTAMENTO_69

19:00 29/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em POI DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, física, com HVP FUNCIONANTE, com antibioticoterapia, respirando em ar ambiente, DIETA BRANDA com boa aceitação, diurese presente espontânea, nega alergia medicamentosa, HAS e DM, curativo em F.O com aspecto limpo e seco (COM DRENO DE SUCÇÃO IÇIONANTE), administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

00:00 30/03/2019 Verificado ssvv.

05:50 30/03/2019 Paciente recebe visita médica, logo em seguida alta médica após 08h, aguarda RETIRADA DE DRENO DE SUCÇÃO + CURATIVO, retirada de AVP e liberação no sistema.

06:00 30/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em 1º PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, com HVP FUNCIONANTE, DIETA BRANDA com boa aceitação, administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica. Segue sem alterações, sem queixas algicas, em repouso no leito aos cuidados da enfermagem.



Louhanny Roberta Lemos M. Ribeiro
Técnica em Enfermagem
LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA RIBEIRO
COREN 001069774



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Conselho / Número COREN - PI - 1019887

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Data anotação: 29/03/2019

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

Hora anotação: 11:56

Leito: APARTAMENTO_69

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGENCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE FEMUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFERICO COM JELCO 20 + POLIFIXO COM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLÓGICO CPM; SSVV ESTAVEIS;

T- 36.6°

SAT- 99%

FC- 91

FR- 18

PA- 110 X 70

11:00 - REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 107mg/dl CPM;


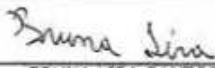
12:00 - PACIENTE ENCAMINHADA PARA C.C. COM EXAMES;



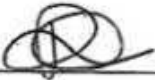
ANA CAROLINE DE SOUSA

COREN 1019887



Encaminhamento ao Centro Cirúrgico/Hemodinâmica		
	Nome	MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
	Atendimento	648562
	Nome do Cirurgião:	Alcides
	Data Atual	29/03/2019 10:11
Posto / Apartamento POSTO 05-APT_69		
Encaminhamento do Paciente para o Centro cirúrgico		
Data e hora programada para cirurgia: 29/03/2019 Às 12:00 Procedimento Programado: Fraturas do fêmur Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quais: Jejum a partir das: 18:40 hora do dia 28/03/19 Para cirurgia cardíaca -> Realizado higienização pré-operatória + tricotomia + higiene oral: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Hora:		
Checklist Pré-operatório		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Verificado identificação do paciente Realizado anamnese e exame físico com registro.* <input type="checkbox"/> Verificado reserva de sangue e vaga de UTI. <input type="checkbox"/> Comunicado precaução de contato ou respiratório ao centro cirúrgico se existente. <input type="checkbox"/> Conferido exames complementares e imagens que deverão ser enviados. <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Consentimento Cirúrgico assinado pelo paciente e cirurgião. <input type="checkbox"/> Avaliação pré-anestésica. </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Conferido acesso venoso periférico prévio.* <input type="checkbox"/> Verificado sinais vitais e registrado no prontuário.* <input checked="" type="checkbox"/> Conferido a retirada de adornos, próteses e esmalte de cor escura <small>*Para pacientes externos essa etapa será realizada no centro cirúrgico.</small> </div> </div>		
Paciente encaminhado para o Centro cirúrgico às		Hora.
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  BRUNA LIRA SANTOS COREN: </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE EMÍSTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. <small>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</small> </div> </div>		



Unimed		Encaminhamento do paciente dos postos para o CC:	
Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO			
Hora: 12:37	Jejum: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Antibiótico profilaxia: <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Tricotomia: <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Higienização: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Peso: 66	
Admissão no centro cirúrgico			
Confirmado identificação	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Confirmado procedimento previsto	Sim <input checked="" type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não soube informar <input type="radio"/> Informou correto <input type="radio"/>		
Consentimento livre esclarecido assinado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Confirmado sítio cirúrgico	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Confirmado lateralidade	Direito <input type="radio"/> Esquerdo <input checked="" type="radio"/> Bilateral <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>		
Confirmado alergia conhecida	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>		
Confirmado tempo de jejum	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>		
Confirmado exames necessários ao procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Retirados adornos e próteses	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>		
Responsável: RÔMULO - 19H - NEGATD			
Antes da indução anestésica (SIGN IN)			
Confirmado identificação do paciente	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Confirmado procedimento	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Sítio demarcado	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Aparelho de anestesia testado e funcionando	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Monitorização testado e funcionando	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Alergia conhecida	Sim <input type="radio"/> Qual? <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>		
Via aérea difícil	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>		
Risco de perda sanguínea considerável > 500ml (7ml / Kg em crianças)	Sim <input type="radio"/> Não <input checked="" type="radio"/>		
Confirmado materiais, instrumentais e equipamentos	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Confirmado esterilização de materiais necessários	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Reserva de hemoderivados	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Conferidos Compressas	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Conferido Gases	Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>		
Responsável: 			



Paciente: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses 26 Dias

Data de Nascimento: 04/07/1984

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 648562

Convênio: PLANO ECONOMICO

Leito: APARTAMENTO_69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Plano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 890916 (FECHADO)

Responsável: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM
1976 / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

30/03/2019

Data/Hora do Documento:

30/03/2019 05:50

1 PO
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA HOAPITALAR

Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1976-PI

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Conselho / Número COREN - PI - 001093148

Idade: 34 Anos 8 Meses

Leito Atual: APT_69

Setor: POSTO 5

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/03/2019

Data anotação: 30/03/2019

Hora anotação: 07:26

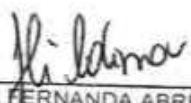
Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Leito: APARTAMENTO_69

07:00 30/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em 1 PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, física, com HVP FUNCIONANTE, com antibioticoterapia, respirando em ar ambiente, DIETA BRANDA com boa aceitação, diurese presente espontânea, nega alergia medicamentosa, HAS e DM, curativo em F.O com aspecto limpo e seco (COM DRENO DE SUÇÃO FUNCIONANTE), administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

RECEBE PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR
RETIRADO DRENO
RETIRADO ACESSO
REALIZADO CURATIVO EM F.O




HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO
COREN 001093148



Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO
Prescrição.: 690914 Data: 30/03/2019 14:00
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)
Contrênio...: PLANO ECONOMICO
Internação.: 29/03/2019 08:56 1 Dias(s) int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid Int.: POSTO 05 Leito.: APARTAMENTO 69 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horas
1 RETIRADA DRENO SUCCAO Justificativa: ALTA HOSPITALAR					1 X AO DIA	[30/03]
2 CURATIVO Justificativa: ALTA HOSPITALAR					1 X AO DIA	[30/03]

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MG: 2928 / CRM-PI: 1976

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/03/2019 05:52:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARIA LUIZA ALVES DE
ARAUJO

IDADE: 34 Anos

RG: 2643369

PESO:

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 04/07/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 29/03/2019 08:58:52

ATENDIMENTO: 648562

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO

PLANO: PLANO ECONOMICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S724 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S729 - FRAT DO FEMUR PARTE NE

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S724 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

29-03-2019 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO)

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOLINA PO SOL INJ. 1G

29/03/2019

29/03/2019

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

EVOLUÇÃO

1 PO
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA HOSPITALAR

CONDUITA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: 1 PO
SEM INTERCORRENCIAS
RETIRAR DRENO SUCCÇÃO
CURATIVO
ALTA HOSPITALAR AS 10 HS APOS MEDICAÇÃO DE HORARIO



ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM-1976

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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

NOME
EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIFIC. (CPF/CPF)
1585662 SSP PI

CPF
748.086.803-00

DATA NASCIMENTO
06/02/1977

ENDEREÇO
SEVERO ALVES DOS SANTOS
MARIA ELITEZ DE S.
SANTOS

PROFISSÃO
CONDOMÍNIO

RG
23

DATA DE EMISSÃO
25/11/2015

VALIDADE
25/11/2020

PROFISSÃO
10/01/1998

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
25/11/2015

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

DETRAN-PI (PIAUI)

VALIDADE EM 2015
2 TERRITÓRIO NACIONAL
1235009555

VALIDADE EM 2015
2 TERRITÓRIO NACIONAL
1235009555

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

