

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface. The main window displays a list of documents under 'JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO' for case number 10953600. The right panel shows a preview of a document titled 'downloadBinario.seam' with page 1/10, featuring the logo of 'JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS' and the text 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANÓ/PI'. The browser's address bar shows the URL: <https://tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=487282&ca=71dcca5ca871e990280dbdf9c8275e19799...>. The taskbar at the bottom shows various application icons and the date/time: 24/07/2020 09:39.



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
<b>MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO (AUTOR)</b>	<b>THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)</b>
<b>GENTE SEGURADORA SA (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
10953 604	24/07/2020 09:39	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>







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

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

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

Capital 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E PESSEGURO. <sup>2</sup> 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 N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edinan 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 Paiva inscrito (a) no CPF sob o N° 015.558.723 / 44,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Maria Luiza Alves de Paiva

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

Endereço:	<u>Rua Projetaor 22</u>	Número:	<u>291</u>
Bairro:	<u>TIBERIA</u>	Cidade:	<u>TOCANTINS</u>
E-mail:			
	Estado:	CEP:	<u>64800-000</u>
		Tel. (DDD):	<u>(65) 99433 5886</u>

Local e Data: TOCANTINS - PA 16/08/2019

Edinan Alves dos Santos

Assinatura do Declarante



DDRI.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

Num. 10953604 - Pág. 3



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA,

RG nº 1.662.659, data de expedição 15/07/10,

Órgão SSP PZ, portador do CPF nº 988.870.093-68,

com domicílio na cidade de FLORIANÓPOLIS, no Estado de

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

MPREIAUW PEREIRAS, nº 460,

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

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

MARIA LUIZA ALVES DE PRADO, cujo o condutor era

Maria Luiza Alves de Prado.

Veículo: Promotulo Modelo: Pop 110 Honda Ano: 2016

Placa: PIX2262 Chassi: 962JB01006R204383

Data do Acidente: 23/03/19

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Local e Data: Florianópolis - 26/07/2019

1º OFÍCIO

Raimunda Vieira de Sousa

Assinatura do Declarante

Maria Luiza Alves de Prado

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

CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO

Jardim Rosângela - Telefones:  
Rua Fernando Marques, nº 100 - Centro - Florianópolis - SC  
Cep 88010-000 - Fone/Fax: (47) 321-1527 - 321-1528 - 321-1529

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA (DE): RAIMUNDA VIEIRA DE SOUSA, D.O.U. F.E. EM TEST. DA VERDADE.  
FLORIANÓPOLIS, 26/07/2019. Emol. 13.857 1050.77 FIMP: 0,10  
Selos 0,26 Total: 4,98 Selos ABS: 2610 (F600P87)  
Silene Luiza de Sousa  
Silene Luiza de Sousa - Escrivente compromissada



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

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

Número do documento: 20072409392091700000010384545

Num. 10953604 - Pág. 4





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL F RREIRA, S/N,  
MANGUINI 1, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.5 13.564/0103-62  
(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

SUS

Senha 92

**MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO**

Nasc.: 04/07/1984 Idade: 34 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão: LAVRADOR  
End.: JOSE MONTEIRO, 42 - Bairro: CAIXA D'AGUA Cidade: FLORIANO/PI CEP: 64800-000  
Cor: Parda Telefone: ( ) - Mãe: LUZIA ALVES DE SOUSA Pal: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO

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

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64800-000

Clinica: 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 clinico/fisic :**

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:**



**Procedimentos/exames realizados:**

Ass. Técnico

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. Conegundee P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2572 TEOT/7346

0408050250/729

0305060400



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

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

Número do documento: 20072409392091700000010384545

Num. 10953604 - Pág. 6

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CODIGO  
**0229072-3**

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**

Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.746/0001-69 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imprensa autorizada pelo DEPKZ 06/98

COTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/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: 83.800.03.05.066300

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	15620	02/05/2019
Anterior:	15576	01/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 03/06/2019
Consumo Médio:	44	Emissão: 01/05/2019
Consumo Faturado:	44	Apresentação: 02/05/2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Irregularidade: **31**

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1103139	1.1.1.1	85	

**HISTÓRICO kWh**

Mês/ano consumo	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
ABR/19 68	44 A R\$ 0,668789 =	29,42	
MAR/19 60	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	1,10	
FEV/19 62	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 03/19-00	0,45	
JAN/19 62	MULTA POR ATRASO 03/19-00	1,04	
DEZ/18 85	JUROS POR ATRASO 03/19-00	0,60	
NOV/18 95	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,02	
OUT/18 101			
SET/18 2			
AGO/18 37			
JUL/18 137			
TRIFIA SEM TRIBUTOS:			
	8 A 44 - 8,615955		

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora faltante a apresentar ao fornecimento de energia elétrica e Fazenda, de 17/05/2019. O não-pagamento pode ensejar tarifa e inclusão do nome do consumidor na SIECH. 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

**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

Este é um documento digital. Para verificar sua validade, acesse o site www.cepisa.com.br e informe o número de documento.

**RESERVADO AO FISCO** SE13.BA00.98D1.F17B.8905.A4F1.947B.DA2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	7,94	Base de Cálculo:	29,42
Energia:	15,32	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	2,59	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,26	Valor do PIS:	0,41
Tributos:	2,31	Valor do COFINS:	1,90

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	DIC		FIC		DANIC		ENCR	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Média	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54	
Desfalcado	0,00		0,00		0,00		0,00	

Comprovante: **FLORIANO** Período de operação: **03/2019** Valor: **20,93**



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. 7



## 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: 015.558.723-44 4 - Nome completo da vítima: *Maria Luiza Alves de Souza*

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 Souza* 6 - CPF: 015.558.723-44  
 7 - Profissão: *LAVANDARIA* 8 - Endereço: *Rua José Martinho da Silva* 9 - Número: 45 10 - Complemento: *Casa*  
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Floriano* 13 - Estado: *PI* 14 - CEP: *64900-000*  
 15 - E-mail: *1691999235886*

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0638* CONTA: *03.1046996* (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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da gravidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*30 AGO 2019*  
 DESENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho da Mota, 1000 - Centro - 6400-000-00  
 CEP 6400-000-00  
 Teresina-PI  
 Fone: (86) 3224-4700

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/váinascer?  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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição; estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
 40 - Local e Data: *Floriano - PI 16/10/2019*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Maria Luiza Alves de Souza*  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
*Edna Soares Coutinho*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e que permaneçam decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

EDNAN SOARES COUTINHO  
EDNAN SOARES COUTINHO  
Líder Seguros  
Av. Presidente Getúlio Vargas, 465  
Cidade das Flores - CEP 69024-470  
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>				
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (não nascido): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome:   
CPF:

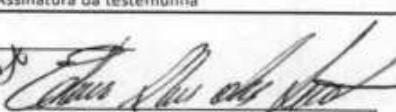
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:   
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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](http://www.caixa.gov.br)



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. 10



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 N°: 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	544663	Data/Hora
1º DP DE FLORIANO		23/03/2019 - 09:00
Tipo Local	544665(DMMS)	
VIA PÚBLICA		
Município		Bairro
FLORIANO		OUTROS - ZONA RURAL
Endereço		
ESTRADA DO AMOLAR, N°:		
Complemento		Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
RG: 2643369 SSP PI  
Mãe: LUIZA ALVES DE ARAUJO  
Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO  
Endereço: JOSÉ MONTEIRO DA SILVA, N° 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  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
30 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	POP110I	2016	PIX2262	9C2JB0100GR204383	1083332136	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 RAIO X E FORA DIAGNOSTICADO FRATURA DE FÉMUR 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 Lúiza Alves de Araújo  
MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parába  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





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

---

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 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, contados 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

Pag. 00211/00212 - carta\_01 - INVALIDEZ



00460106



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. 12



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

---

Rio de Janeiro, 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



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. 13

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

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# 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



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. 15

**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 - Floriano - 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 Floriano (PI).**

Data e local do exame: [ **14/09/2019** ] **Floriano** [ **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.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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  
(  ) 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 Bilibio - CRM: 6373 - MA



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: Maria Lúcia Alves de Souza Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: AVOCADORA Identidade: 2643369 CPF: 015.558.723-44  
Endereço: Rua José Montaço nº 510 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**

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 AGO 2019

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuraçāo, 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, Sinceres,e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorizaçāo de pagamento e prestar declarações.

Flo(p1), 26/7/19  
Local e data

## Local e data

Maria Luisa Mendes Araújo  
Assinatura do Beneficiário/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

**CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO**  
Jovaciano Brásias Lima - Tabelião  
Rua Fernando Marques, nº 109 - Centro - Floriano-PI - CEP: 64910-040  
Fone/Fax: (093) 3223-0119 - e-mail: cartorio-rocha@bol.com.br



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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

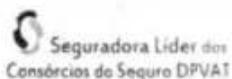
Danielle Nobre de Sousa



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. 19

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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



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. 20

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190507075      **Cidade:** Floriano  
**Vítima:** MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO      **Data do acidente:** 23/03/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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 sequelas

**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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL F RREIRA, S/N,  
MANGUINI 1, FLORIANÓ/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.13.564/0103-62  
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

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

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

Senha 92

**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: FLORIANÓ/PI  
Cor: Parda Telefone: ( ) - Mãe: LUZIA ALVES DE SOUSA País: FRANCISCO ANTONIO DE ARA

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 6480

Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARA

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 7534 - RICARDO MARTINS  
Responsável: MARIA LUZA 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: At. IDENTITE DE TRANSITO

*Passei a fazer de  
cuidar e fazer  
apenas profissão  
fazer de fez*

Exame clínico/físico:

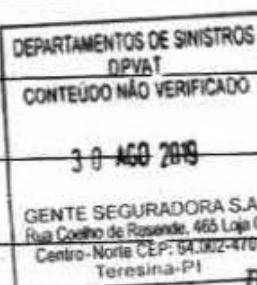
Diagnóstico provável:

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



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

0408050850/729

0305060500



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. 22

MARIA LUIZA ALVES DE SOUZA



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. 23

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2 - CNES 2365145		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	4 - CNES 2365145		
Identificação do Paciente		8 - N° DO PRONTUÁRIO 12426	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO	6 - DATA DE NASCIMENTO 04/07/1984	7 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> X 2	9 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9461-4126
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898002349744355	10 - NOME DA MÃE Luzia Alves de Sousa		
11 - ENDEREÇO JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA	12 - ENDEREÇO JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA D'AGUA		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORIANÓPOLIS	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2203909 15 - UF PI 16 - CEP 64800-000		
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
30 AGO 2019 7h:451			
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  Pessoas velhas e idosas medicamentos - preferir preferir fazer de jeito			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO  Deeles deixa AIH NUMERADA Deeles deixa DIGITADA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  Deeles deixa 1			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL ORTOPEDIA MEDICA		21 - CID PRINCIPAL T039 V294	22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia de joelho		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0308010043	
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA MEDICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 33869413387	29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2019	32 - CRM Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 2574 TEOF 7349	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
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 - CÓD. ORGÃO EMISSOR M220390901	49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 078.977.823-87	46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES</b> 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES</b>		<b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b> DPVAT <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>  30 AGO 2019		2 - CNES 2365146 4 - CNES 2365146	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>MARIA LUIZA ALVES DE SOUSA</b> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 886002349744955 10 - NOME DA MÃE <b>LUZIA ALVES DE SOUSA</b> 12 - ENDEREÇO <b>JOSE MONTEIRO, 43 - CAIXA DAGUA</b> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>FLORIANO</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO 12426 8 - DATA DE NASCIMENTO 04/07/1984 9 - SEXO Masculino 11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9451-4126			
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2203909 15 - UF PI 16 - CEP 64600-000					
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>  <i>Presente úlcera e artrite          hemicôndro - referem          suspeita fratura d. fil</i>					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Dores de dor</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Fratura suspeita</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>Exames de exames</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura suspeita</i>		21 - CID PRINCIPAL <i>T039 V294</i>		22 - CID SECUNDÁRIO <i>0308010043</i>	
23 - CAUSAS ASSOC.					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  <i>Ortopedia</i>					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0308010043</i>					
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>URGÊNCIA</b>		27 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ( ) CNS ( ) CPF 33869413387			
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>CONEGUNDDES PEREIRA DA SILVA FILHO</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2019		32 - N° DE CARIMBO (N° DO CRM) <i>Dr. Conegunddes Pereira          Ortopedia Traumatologista          TECF 7448</i>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>OSMUNDO DE MORAES ANDRADE</b>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR M220390901		45 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF 078.977.823-87					
46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (N° 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

HOSPITAL SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS  
FLUARIN 2100  
CONSELHO FEDERATIVO  
TURIN 2100  
06.08.19  
Terezinha



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. 26

Telefone: (89) 3522-1489 | (88) 3572-1323

## BOLETIM CIRÚRGICO

1072451 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data: 23/03/2019

Diag. Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Descrição da Cirurgia: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Log C  
Centro - Niterói CEP: 24002-470  
Tiradentes/SP

HOSPITAL REGIONAL TISERIO RODRIGUES  
FLORIANÓPOLIS - SC  
CONFECÇÃO: 06/08/19  
DATA: 06/08/19  
S1/2019

Cirurgião: \_\_\_\_\_

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

Anestesia:

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAQUI  | <input type="checkbox"/> GERAL     |
| <input type="checkbox"/> CAUDAL | <input type="checkbox"/> TRONCULAR |

OUTRAS: \_\_\_\_\_



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

### **Ficha de Encaminhamento**

## Ficha de Retorno

Da Unidade	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	



## Ficha de Encaminhamento

Da Unidade	Para:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
M.U. F. n	61. S. V.	30 AGO 2019
Nome da Pessoa Encaminhada	Registro	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64002-170 Teresina-PI
Mauri Lemos Soares de Azevedo		
Motivo do Encaminhamento	<p>Mauri Lemos Soares de Azevedo apresentar queixa de dor no lado esquerdo da coxa e dor no lado direito da coxa. Faz 11 dias e piora.</p>	
Observações:		
Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia - Traumatologia CRM: 2572 / ECOM: 7348	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:
Nome do Cliente:	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
_____ / _____ / _____	
Responsável Pelo Diagnóstico	
	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.



ENTOS DE SINISTRA  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
30 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485, Log. C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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

Ref. Pecon

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA					
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 4G 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. SLEXTANE 400MG 01 AMP IV X 4 DIAS					
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					
Hipoxia Sono V <sup>1</sup> < 124 L <sub>1</sub> 18 06 18					
Dr. Conrado P. Ribeiro Ortopédia e Traumatologia CRM: 2512 TEC: PRA CRAH: 2512					

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Num. 10953604 - Pág. 31

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

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

Número do documento: 20072409392091700000010384545



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
EL ORAN-PI**



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

NOME	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETALIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	08 UT	06 UT				
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	08 UT	06 UT				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	08 UT	06 UT				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	08 UT	06 UT				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SN)	08 UT	06 UT				
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	08 UT	06 UT				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)	08 UT	06 UT				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	08 UT	06 UT				
11. CURATIVO						
12. SSV + CCGG						
13. <del>Exames de rotina</del> 13/08/2019	08 UT	06 UT				



Atendimento: E0168376



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/03/2019

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
 Médico(a): CONEGUNDES 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 <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	11,0 g%	12,0 a 17,5 g%
ATÓCRITO	34,5 %	40 a 52 %
VCM	80,23 u <sup>3</sup>	80 a 100 u <sup>3</sup>
HCM	25,58 pg	26 a 34 pg
CHCM	31,88 %	31 a 36 %

**OBSERVAÇÕES****LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	8.800 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS	64 %	35 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS	4 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm <sup>3</sup>
LINHÓCITOS	30 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
NEUTRÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	237.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES  
 ERITRÓCITOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

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

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Realiza claramente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia /Advia 601 com revisão em lamina. Bioquímica /Bia 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

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

OME <u>Maicon Luis Guedes</u> ATA <u>26/5/16</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO				
1. DIETA LIVRE				
2. JELCO HIDROLISADO				
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>J80</u>	<u>05</u>		
4. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>J20</u>	<u>24</u>	<u>06</u>	
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>J20</u>	<u>01</u>	<u>06</u>	
6. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>J20</u>	<u>01</u>	<u>12</u>	
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN)				
8. FLEXAN 40mg - 01 AMP SC 4X/0IA				
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
10. CAPTOPRIL 25mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<i>Referencia: Fogo c, 12/5/2016</i>				

Dr. Conegundes P. Filho  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 2672 TEF 2740

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

NOME <u>Mauro Leandro</u>	ALA <u>2813</u>	ENF. OU APT. <u>LEITO</u>	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>28/07/15</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETALIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANTHIBINA 50MG - 01AMP/IV/DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINATO - 01AMP/IV/DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01AMP/IV/DE 6/6 HORAS				
06. THIAHT-20MG - 01AMP/IV/DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01AMP/SC-1X/10H				
09. PLASIL - 01AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				
<i>Reparar a S2000 ur se 12/12</i>	<i>Até 12/12</i>	<i>24</i>		
<i>Dr. Condeguide Filho</i> Urologista CRM: 2572 TÉL: 7348				



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



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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Cláudia Ferreira Santos RESIDENTE E DOMICILIADO À  
RUA Floriano - Floriano N° \_\_\_\_\_ IDENTIDADE  
Nº \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE  
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

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

AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MEDICA, 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 ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

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

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

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: Márcio Luiz Alves de Araújo

RESPONSÁVEL: Cláudia Ferreira Santos

TESTEMUNHA: Patrícia F. S. Santos

FLORIANO, 29 DE Agosto DE 2019



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI**



**Ficha de Atendimento**  
Internação / Adulto



648562

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO Idade: 34  
CPF: 01555872344 Identidade / RG: 2643369  
Mãe: LUIZIA ALVES DE SOUSA Pai: FRANCISCO ANTONIO DE ARAUJO Telefone: 94306225  
Carteirinha: 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: PIAUÍ

**DADOS DO ATENDIMENTO**

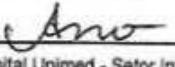
Atendimento: 648562 Prontuário: 138666 Data: 29/03/2019  
Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO Usuário: ANETA  
Médico: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
Procedimento: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO  
Unidade de Internação: POSTO 02 Leito: VIRTUAL\_P02\_02

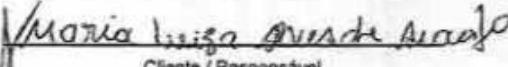
**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: CLARA DE ASSIS ALVES ARAUJO SANTO Telefone: 8904358789  
Endereço: Bairro: Complemento:

**Termo de Responsabilidade**

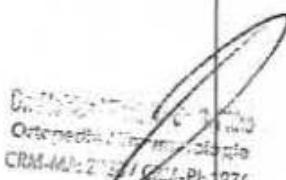
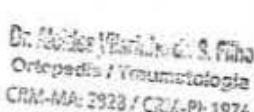
- 1º - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário.
- 2º - Tendo-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e anestésico.
- 3º - 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.
- 4º 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:

<input type="checkbox"/> MUDANÇA PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> DIARIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIARIA ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI-Rh <input type="checkbox"/> OUTROS CLEXANE 40	<input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERAÇÃO -	DIAS SOLICITADAS
NOME DO HOSPITAL HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA NOME DO PACIENTE MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO PROCEDIMENTO SOLICITADO 30725127 MEDICO SOLICITANTE ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO C. DA INTERNACAO 29/03/2019	C.N.P.J 6555031000276 COD. DE ATENDIMENTO 648562 PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA CRM 1976 CPF 23953837320 CONVÊNIO PLANO ECONÔMICO	
JUSTIFICATIVA: PREVENÇÃO DE TROMBOEMFOLISMO	 Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho Ortopedista / Traumatologista CRM-MA: 2928 / CRM-PI: 1976	
DATA:	Ass. Médico Solicitante	
AUDITOR:	 Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho Ortopedista / Traumatologista CRM-MA: 2928 / CRM-PI: 1976	
DATA:	Assinatura / CPF	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">         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       </div>		



Ficha de Cirurgia Descritiva

Diretor Clínico :  
 Aviso de Cirurgia : 36690  
 Sala : 0020  
 Paciente : 138668  
 Convênio Atend. : 496  
 Leito : 0557  
 Dt. Início : 29/03/2019 13:35 Dt. Fim: 29/03/2019 14:52

SALA 03  
 MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
 PLANO ECONOMICO  
 APARTAMENTO\_69  
 Código da Descricao: 31041  
 Atendimento: 648562  
 Carteira:  
 Idade: 34 Anos 8 Meses 25 DI

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
<u>Equipe</u>		
CIRURGIAO 1976 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO		
ANESTESISTA 4214 DENISE SOARES VALENTE		

Descrição

Detalhamento	
1-PACIENTE EM DDH 2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA 3-COLOCAÇÃO DE FAIXA SMACH AO NIVEL DA COCA E 4-COLOCAÇÃO DE FIO GUIA 5-FEITO FREZAGEM 6-COLOCAÇÃO DE PREGO 80 MM 7-FEIRO REDUÇÃO 8-COLOCAÇÃO DE PLACA 6 FUROS TIPO DCS 90 9-COLOCAÇÃO DE DRENO 4.8 10 FECHAMENTO POR PLANOS 11-SUTURA DA PELE + CURATIVO	<i>Dr. Alcides Vilarinho da Silva Filho      Ortoped - Fisiolog - Ortoped      CRM-PI: 2020 / CRM-PE: 2776</i>

MEDICO(A): ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
 CRM: 1976



## FICHA ANESTÉSICA

Atendimento: 648562

Convenio: PLANO ECONOMICO

Paciente: MARIA LUTZA 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:

SAT02%	99	99	99								
PET CO2											
MP											
BIS											

### Gases:

SELEÇÃO											
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											

### Monitorização

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

### Líquidos Administrados:

SF 0.9% 500 ML	500	500									
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											
SELEÇÃO											

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

Intercorrências :

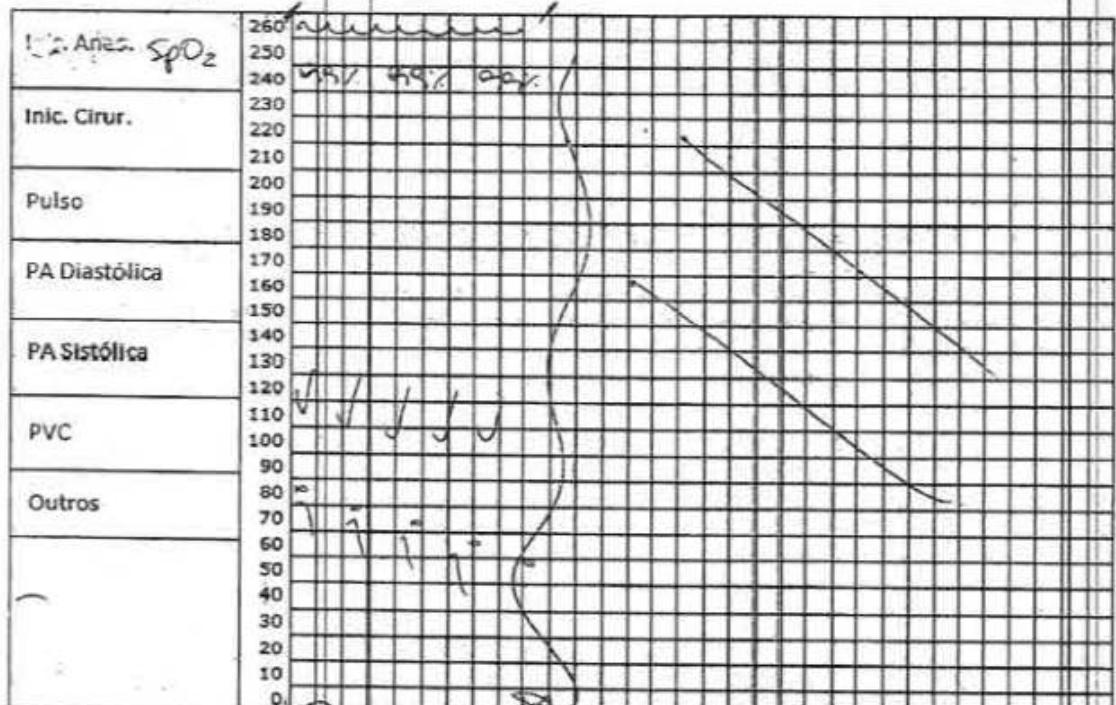
*Dra. Denise Valente*  
Anestesiologista  
CRMPI 4214

DÉPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Rosende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
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"/> Áqua 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"/> GI. Cálcio			<input type="checkbox"/> Ranitidina		
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona			<input type="checkbox"/> Glicose 50%			<input type="checkbox"/> Remifantani		
<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"/> Lidocaina % 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"/> Neocaina % v			<input type="checkbox"/> Transamin		
<input type="checkbox"/> Dipirona	02		<input type="checkbox"/> Neocaina 0,5% PESADA 01			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dobutamina			<input type="checkbox"/> Neostigmina			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Dolosal			<input type="checkbox"/> Noradrenalina			<input type="checkbox"/>		

Teresina-PI, 29 de Março de 2019

DENISE SOARES VALENTE

CRM: 4214

*Dra. Denise Valente*  
Anexos

**SALA DE RECUPERAÇÃO  
PÓS-ANESTÉSICA**

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

Nome: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO		Leito / Apto: APT_59	Inicio:
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 O <sub>2</sub> , EM HV, NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA, COM DRENO SUCTOR NA FO, SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.			

Vias Aéreas	Gases O <sub>2</sub> /min	Alergias
<input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Cânula Guedel <input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Máscara	Ligado Desligado	

Sinais Vitais						
Horário	PA	P	F.R.	T	SpO2	Diurese
15:10	132X71			36	99	

Sinais Vitais						
		Soros	Sangue	Soma		
Ganhos (G)						
Perdas (P)	Diurese					
Balanço (G.P) =						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
  
30 AGO 2019  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Log C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



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

Hora anotação: 15:17

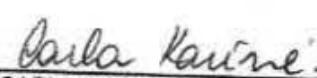
Data anotação: 29/03/2019

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 DIPIRONA, 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, SEGURO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.



  
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  
Préco...: 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 AYREMORAES BATISTA - CRM - PI - 3444  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

69

Rubrica do Responsável



PREScrição MÉDICA

DIETA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA ZERO					ACM	
MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLOGICO-1000ML	1	FR		IV	ACM	10
3 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML -2ML ("A2 I-> SORO FISIOLOGICO - 100ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
4 DIMENIDRINATO B6 DL SOL. INJ.50MG- 10ML I-> AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 12 I-> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML	1	AMPOLA		IV	ACM	
5 RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG -2ML I-> KIT EV 10ML	1	AMPOLA	IV	12/12 H	[29/03] .10 .22 [30/03] .10	
CUIDADOS GERAIS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 VERIFICAR SINAIS VITAIS				6/6 H		[29/03] .10 .16 .22 [30/03] .04 .10
MEDICINA	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 GLICEMIA CAPILAR Justificativa: DIETA ZERO I-> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR I-> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	1	UND			ACM	10
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>30 AGO 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho do Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p> </div>						
<p><i>Eduardo Antonio A. Batista</i> CRM-PI 3444 EDUARDO ANTONIO AYREMORAES BATISTA CRM 3444</p>						

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 09:40:36  
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007240939209170000010384545  
Número do documento: 2007240939209170000010384545

Num. 10953604 - Pág. 47

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 048562

Leito: APARTAMENTO 69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONÔMICO

Promoção: PLANO ECONÔMICO

### 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 Femur a Esquerdo, Dr Alcides Vilarinho, sob efeito de anestesia raque + sedação. Chegou consciente, orientada, sonolenta, AVP pervio em MSE pérvio. Segue normotensiva, normotérmica, eupneica, respirando espontaneamente sem aperto 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 succão. RX de controle. Segue aos cuidados de enfermagem.

ANDRESSA RODRIGUES TAVARES  
COREN - PI - 454220



Paciente.: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
Prescrição.: 890437 Data: 29/03/2019 14:57  
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a 6m 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\_89 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD  
Cid.: S724 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR Diagnóstico:

1<sup>ª</sup> VIA

69

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qty	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	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
9 SOROFISIOLÓGICO 1000ML	1	LITRO			IV CONTÍNUA	[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. 57MG/ML - 2ML	1	ML		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
-------------------------------------	---	----	--	----	---------	--

12 AC DO TRANEXAMICO 50MG/ML-5ML	1	MG		IV	12/12 H	[29/03] 14:57 20:57 [30/03] 02:57 08:57
----------------------------------	---	----	--	----	---------	--

13 DIFRONA SOL. INJ. 10G/2ML	1	AMPOLA		IV	12/12 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 CETOPROFENO 100MG/ML - 2ML	1	AMPOLA		IV	12/12 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
--------------------------------------	---	---	--	----	---------	--

Justificativa: POS OPERATORIO FRATURA FEMUR E						
---	--	--	--	--	--	--

EXAMES DE IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
20:00 29/03/19 20:57 08:57						

L556509A F04/2018 Y04/2020 Versa* <small>versa.com.br</small> CEP 6400-000 Teresina-PI	DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 30 AGO 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cachão de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	D. 14/03/2019 Ortopedico - Traumatologista CRM-PI: 2028 / CICL/PL: 1976
---	---	---

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
Prescrição.: 890541 Data: 29/03/2019 16:18  
Atendimento: 648562 Dt Nasc: 04/07/1984 (34a Bm 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\_68 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	Qty	Unidade	SN	Ap1	Frequência	Datas/Horários
------------------	-----	---------	----	-----	------------	----------------

18 RX JOELHO AP - LAT (ESQUERDO) : Exame:  
155776

RX JOELHO AP - LAT (DIREITO)

Sinônimo: 2973  
Prescrição: 890541

SANDRA MARIA COELHO DE MOURA FE

CRM 883



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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. 50

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

10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGENCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO FRATURA DE TÓM SUCESSO, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (RANITIDINA) CPM, INSTALADO 1000ml DE SORO FISIOLOGICO 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, SEGUÉ 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

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Idade: 34 Anos 8 Meses

Data de Nascimento: 04/07/1984

Leito Atual: APT\_69

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Setor: POSTO 5

Prestador Responsável: LOUHANNY ROBERTA LEMOS MEMORIA

Conselho / Número COREN - PI - 001069774

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, fáscia, 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 FUNCIONANTE), 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 álgicas, 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  
Idade: 34 Anos 8 Meses  
Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
Leito Atual: APT\_69  
Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA  
Setor: POSTO 5  
Conselho / Número COREN - PI - 1019887  
Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 29/03/2019

Hora anotação: 11:56

Data anotação: 29/03/2019

Leito: APARTAMENTO\_69

Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA

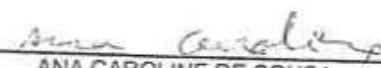
10:30 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 5, PROCEDENTE DA URGÊNCIA, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE FEMUR, NEGA HAS, DIABETES, ALERGIA MEDICAMENTOSA, REALIZADO ACESSO PERIFÉRICO COM JELCO 20 + POLIFIXO ESTAVEIS;

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

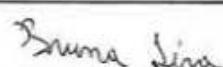
11:00 - REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 107mg/dl CPM;

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	Posto / Apartamento	POSTO 05-APT_69
	Nome do Cirurgião: Alcides			
	Data Atual	29/03/2019 10:11		
Encaminhamento do Paciente para o Centro cirúrgico				
Data e hora programada para cirurgia: 29/03/2019 às 12:00 Procedimento Programado: Fraturas do femur 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 checked="" type="checkbox"/> Sim, Hora:				
Checklist Pré-operatório				
<input checked="" type="checkbox"/> Verificado identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> 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.		<input type="checkbox"/> Conferido acesso venoso periférico pélvico.* <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>		
Paciente encaminhado para o Centro cirúrgico às			Hora.	
 BRUNA LIRA SANTOS COREN:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">         DEPARTAMENTOS DE SINISTROS          DPVAT          CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  <b>30 AGO 2019</b>  <small>GENTE SEGURADORA S.A.          Rua Caetano de Resende, 455 Loja C          Centro-Norte CEP: 64.002-470          Teresina-PI</small> </div>		



<b>Unimed</b>		Encaminhamento do paciente dos postos para o CC:			
Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO Hora: 12:37      Jejum: <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não      Antibioticoprofilaxia: <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não Tricotomia: <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não      Higienização: <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não      Peso: 66					
<b>Admissão no centro cirúrgico</b>					
Confirmado identificação		Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Qual?      Não soube informar <input type="radio"/> Informou correto <input type="radio"/>			
Confirmado procedimento previsto		Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não <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 adomos e próteses		Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/>			
Responsável: RÔMULO - 19H -NEGATD					

<b>Antes da Indução anestésica (SIGN IN)</b>					
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 funcionante		Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>			
Monitorização testado e funcionante		Sim <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/>			
Alergia conhecida		Sim <input type="radio"/> Qual?      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: 					

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	



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

Leito: APARTAMENTO\_69

Admissão: 29/03/2019 08:56

Convênio: PLANO ECONOMICO

Piano: 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/HOSPITALAR

Dr. ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI-1976/CNPJ-12.331.122/0001-96

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
CRM 1976



Atendimento: 648562

Paciente: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO

Data de Nascimento: 04/07/1984

Idade: 34 Anos 8 Meses

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Leito Atual: APT\_69

Prestador Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Setor: POSTO 5

Conselho / Número

COREN - PI - 001093148

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 30/03/2019

Data anotação: 30/03/2019

Hora anotação: 07:26

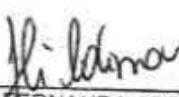
Responsável: HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO

Leito: APARTAMENTO\_69

07:00 30/03/2019 Cliente evolui em repouso no leito, em 1º PO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, segue consciente, orientada, fásica, com HVP FUNCIONANTE, com antibioticoterapia, respirando em ar ambiente, DIETA BRANDA com boa aceitação, diurese FUNCIONANTE, administrado todas as medicações conforme horário e prescrição médica.

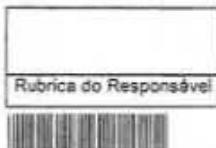
RECEBE PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR  
RETIRADO DRENO  
RETIRADO ACESSO  
REALIZADO CURATIVO EM F.O



  
HILDIMARA FERNANDA ABREU NASCIMENTO  
COREN 001093148

Paciente...: 138668 - MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO  
Prescrição.: 890914 Data: 30/03/2019 14:00  
Atendimento: 648562 Di Nasc: 04/07/1984 (34a 8m 25d)  
Convênio...: 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	Apl	Frequência	Datas/Hora
1 RETIRADA DRENO SUCCAO					1 X AO DIA	[30/03]
Justificativa: ALTA HOSPITALAR						
2 CURATIVO					1 X AO DIA	[30/03]
Justificativa: ALTA HOSPITALAR						

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-MA 2328 / CRM-PB 1976

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO  
CRM 1976



SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



RESUMO DE ALTA

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARIA LUIZA ALVES DE ARAUJO RG: 2643369 PESO:  
IDADE: 34 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:  
Data de Nascimento: 04/07/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 29/03/2019 08:56:52 ATENDIMENTO: 648562 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: PLANO ECONÔMICO

PLANO: PLANO ECONÔMICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S724 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDARIO(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

CEFAZOLINA PO SOL. INJ. 1G 29/03/2019 29/03/2019

TRATAMENTO TERAPÉUTICO

PRESTADOR: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

EVOLUÇÃO

1 PO

SEM INTERCORRENCIAS  
ALTA HOSPITALAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MELHORADA

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA:

1 PO  
SEM INTERCORRENCIAS  
RETIRAR DRENO SUCCAO  
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





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. 60