



Número: **0812845-60.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANA MARIA ARAUJO SILVA (AUTOR)		RAURISTENIO LIMA BEZERRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11258 437	12/08/2020 11:03	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190282611

Vítima: ANA MARIA ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA FERNANDES DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA MARIA ARAUJO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14212112

Pag. 00077/00078 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190282611

Vítima: ANA MARIA ARAUJO SILVA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA FERNANDES DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANA MARIA ARAUJO SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01073/01074 - carta_04 - INVALIDEZ

00080537



Carta nº 14231270



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 11:03:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211033268300000010667332>

Número do documento: 20081211033268300000010667332

Num. 11258437 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 516.007.393-04 CPF da vítima: Ana Maria Araújo Silva Nome completo da vítima: Ana Maria Araújo Silva

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

Nome completo: Ana Maria Araújo Silva CPF: 516.007.393-04
Número: Complemento:

Profissão: Recusado - re Endereço: Povoado Nupia Estado: PE CEP: 64039990
Bairro: Zona Rural Cidade: Teresina Tel.(DDD): 8695246915

E-mail: juparaj@hotmail.com

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 6426 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - PE 11/04/19
Nome: Ana Maria Araújo Silva
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: CPF: Assinatura
2º Nome: CPF: Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004237/2018-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 11/12/2018 - 11:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTRADA DE CHÃO NO POVOADO ALEGRIA, Nº:

Complemento

Data/Hora

05/11/2018 - 11:50

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

FAZENDA DO PAULO VASCONCELOS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANA MARIA ARAUJO SILVA

RG: 1188946 PI

Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUSA ARAUJO

Endereço: POVOADO ALEGRIA, Nº S/N

Complemento: VILA SANTA CRUZ / RECANDO DOS PASSAROS

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/BIZ 100 ES, PLACA LVZ-3277-PI, COR PRETA, RENAVAM 00595664156, E QUE TRAFEGAVA POR UMA PISTA NO POVOADO ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDA PELO ESPOSO E A SRA. MARIA MADALENA DA SILVA LIMA, QD-AV, CS-17, RESID. NOVA ALEGRIA, E LEVADA PARA O HOSP. SANTA MARIA. (PRONT. 209.446). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Ana Maria Araujo Silva
ANA MARIA ARAUJO SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

566.007.393-04

Ana Maria Araújo Silva

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

Nome completo: CPF: 566.007.393-04

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP: 64039990

E-mail: Tel. (DDD): 86 9524 6915

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 6426
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - PE 11/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, -a presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



2390264

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento	2.390.264	Prontuário	209.446
Nascimento	06/11/1970 47a 11m 30d	Convênio	IPMT / UNICO		
Data Entrada	05/11/2018 13:06:00	Liberação	05/11/2018 14:54:02	Prescrição	1901863
Médico Resp	Dr. NATHAN CAVALCANTE DE ARAÚJO JÚNIOR (CRM	Data Presc	06/11/2018 4:51:00		
Prescritor	Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)	Validade	05/11/2018 14:51:00 / 06/11/2018 13:59:59		
Guia	1639607	Matr. Conv	14798200	Senha	1639607

Diretor Técnico Médico:

Data: 05/11/2018 13:09 05/11 13:11

EVOLUÇÃO MÉDICO PA
Diagnóstico: V20

Anamnese / Quadro Clínico:
PACIENTE VEM AO PS POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO E CORTOCONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA EM BEG, GLASGOW 15, RESPIRANDO A AR AMBIENTE

Medicamentos

1 Profenid Iv Fr 100mg Inj.

1 Frasco-ampola Agora. 14:54

Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Minifac Frsc (100 ml)
Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

1 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento

Agora.

2 Curativo Médio Porte

Agora.

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 ABR 2019

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

Impresso em 05/11/2018 14:54:07





2390264

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento	2.390.264	Prontuário	209.446
Nascimento:	06/11/1970 47a 11m 30d	Convênio	IPMT / UNICO		
Data Entrada	05/11/2018 13:06:00	Liberação	05/11/2018 14:54:02	Prescrição	1901863
Médico Resp	Dr. NATHAN CAVALCANTE DE ARAÚJO JÚNIOR (CRM	Data Presc	05/11/2018 4:51:00		
Prescritor	Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)	Validade	05/11/2018 14:51:00 / 06/11/2018 13:59:59		
Guia	1639607	Matric. Conv	14798200	Senha	1639607

Diretor Técnico Médico:

Data evolutiva:

05/11/2018 13:09 05/11 13:11

EVOLUÇÃO MEDICO PA

Diagnóstico: V20

Anamnese / Quadro Clínico:

PACIENTE VEM AO PS POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO E CORTOCONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA EM BEG, GLASGOW 15, RESPIANDO A AR AMBIENTE

Medicamentos

1 Profenid Iv Fr 100mg Inj.

1 Frasco-ampola Agora. 14:54

Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Administrar 100 Mililitros (Agora. Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento

Agora.

2 Curativo Médio Porte

Agora.

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816



Impresso em 05/11/2018 14:54:07

Página 1

Pronto Atendimento - HSM

ANACSILVA / ANACSIL

EMERGÊNCIA

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA

leito/quarto:



Equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 - Ins. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ-PI/RSB

Para conferir
código, informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0400319-0

Nº da Nota Fiscal 020034551

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE aplica-se
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS

ABRIL/2019

VENCIMENTO

25-04-2019

CONSUMO (kWh)

157

TOTAL A PAGAR (R\$)

151,00

ANA MARIA ARIUJO SILVA
PV ALEGRIA S.N

CPF: 00056600739304

CEP: 64.039-090 - TERESINA

B-RURAL

ROT: 5.001.12.82.362400

DADOS DA LEITURA

kWh

DATAS DA LEITURA

Atual: 7287

Atual: 08/04/2019

Anterior: 7130

Anterior: 08-03-2019

Constante de Multiplicação:

Próxima Leitura: 07-05-2019

Consumo Medido: 157

Emissão: 05-04-2019

Consumo Faturado: 157

FCAM

Apresentação: 08-04-2019

Forma de faturamento: **VORMAL**

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Poste

Código Fat.

Média 12 meses

RESIDENCIAL

MONO

A543741

1.1.1.1

158

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

MAR/19 164

FEV/19 142

JAN/19 177

DEZ/18 164

NOV/18 159

OUT/18 166

SET/18 152

AGO/18 169

JUL/18 143

JUN/18 154

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 157 A R\$ 0,865147 = 135,82

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 11,70

CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 0,31

MULTA POR ATRASO 03/19-00 2,84

JUROS POR ATRASO 03/19-00 0,33

TARIFA SEM TRIBUTOS
0 A 157 - 0,621515

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.092-470
Teresina-PI

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

AO TARTARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE -1,45% A PARTIR DE 0.1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 11:03:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211033268300000010667332>

Número do documento: 20081211033268300000010667332



TC 1.38
20190422124154

MAQUILULA 24094838-6

FATURA Nº 151047304
MÊS/ANO 4/2019

NOME/ENDEREÇO
ROQUE FELIX ROCHA CAVALCANTE
PROPRIETÁRIO: ROQUE FELIX ROCHA CAVALCANTE
CON JOAO EMILIO FALCAO, 0-003-BL-15 APT-204-CRISTO
REI-TERESINA-PI-cep:64015610

LOCALIZAÇÃO 002-00045-001495

GRUPO 002

NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y185044597

HISTÓRICO DE CONTAGEM		
MÊS/ANO	LIDO	RETURADO
02/2019	Lido	07
01/2019	Lido	06
12/2018	Lido	07
11/2018	Lido	07
10/2018	Lido	06

ACOMODAR - CATEGORIAS / TIPO TAXA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS ANS 10

ANterior 06/03/2019 67

ATUAL 02/04/2019 76

VALOR 18,7440000

PIS, PASSEP 45,26x1,60x= 7,79

COTRIS 48,26x7,60x= 3,66

TABELA DE TAXAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	RAJA DE CONSUMO (R\$) E (N)	VALOR REFERENTE AGUA - 28,45	VALOR
10 28	5.2000 65	> Residencial-Normal	10,0 m3 28,45
20 999999	9.1500 65	VALOR DE ESGOTO - 18,49	
		> Residencial-Normal	10,0 m3 18,49
		JUROS POR ATRASO	02/2019 0,38
		MULTA POR ATRASO	02/2019 0,94

NÃO RESIDENCIAL
RAJA DE CONSUMO (R\$) E (N)

VENCIMENTO 14/04/2019

TOTAL A PAGAR 48,26

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOSSE ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Quem não pagar o vencimento, a não pagamento, não tem o direito de suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40 inciso V e VI, RDBTMB, Art. 8º, §3º inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2440	2440	10	1,48	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2442	2319	123	10,60	Inferior a 15
PH	2038	1962	76	6,41	6,00-9,50
TURBIDEZ	2453	2338	115	3,04	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	572	572	0	Ausencia	Ausente
	572	572	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 02/04/2019

HORA DA EMISSÃO: 12:41

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 ABR 2019

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





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Juliana Fernandes de Araújo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.547.423 / 1.54, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ana Maria Araújo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 566.007.393 / 1.04,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ana Maria Araújo Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 566.007.393 / 1.04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Log. João Emilio Calvão, Rd. 03 Bloco 15</u>	Número: _____	Complemento: _____
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64015-610</u>	Tel. (DDD) _____

Local e Data: Teresina - PI 15/04/2019

Juliana Fernandes de Araújo
Assinatura do Declarante





2390264

Paciente:	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento:	2.390.264	Prontuário:	209.446
Nascimento:	06/11/1970 47a 11m 30d	Convênio:	IPMT / UNICO		
Data Entrada:	05/11/2018 13:06:00	Liberacao:	05/11/2018 13:15:22	Prescrição:	1901428
Médico Resp:	Dr. NATHAN CAVALCANTE DE ARAÚJO JÚNIOR (CRM	Data Presc:	05/11/2018 13:11:00		
Prescritor:	NATHAN CAVALCANTE DE ARAÚJO	Validade:	05/11/2018 13:11:00 / 06/11/2018 12:59:59		
Guia:	1639607	Matric. Conv.:	14798200	Senha:	1639607
Diretor Técnico Médico:					

Data do Documento: 05/11/2018 13:09 05/11 13:11

EVOLUÇÃO MEDICO PA
Diagnóstico: V20

Anamnese / Quadro Clínico:
PACIENTE VEM AO PS POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO E CORTOCONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA EM BEG, GLASGOW 15, RESPIANDO A AR AMBIENTE

Medicamentos

1 DÍPIRONA Sódica Inf. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola Agora. IV 13:11
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL.
Administrar 12 Mililitros (Agora. Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Curativo Médio Porte	Agora.
2 RX Joelho	2 Agora.
Lado: Bilateral	

Nathan Cavalcante de Araújo Junior
CRM 6819

Às 15:00: aguardando autorização do plano para realização de
nova RX x joelhos sem evidências de fratura.



Impresso em: 05/11/2018 13:15:26

Página 1

NATHAN C / NATHAN
EMERGÊNCIA

Pronto Atendimento - HSM

leito/quarto:

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA



DATA: 05, 11, 18

RELATÓRIO

NOME: Ana Maria Araujo Silva	PRONTUÁRIO:
DIAGNÓSTICO: Lesão Cortocircuito bilateral do Jodm	CONVÊNIO:
PROCEDIMENTO: Sutura de Lesão	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO (TÉCNICA, SUTURAS, DRENAGENS, FECHAMENTO)	CIRURGIÃO:

- 1- Limpeza com clorexidina
- 2- Posicionamento dos campos esterais
- 3- Anestesia local
- 4- Sutura com ponto Simples
- 5- Curativo


 Clara S. Silva
 R.C.M. 160.160
 16/05/2016

 CIRURGIÃO: - C.R.M.

CONSUMO

FIOS	Nº	CÓDIGO	QUANT.	ANESTÉSICOS	UNID.	QUANT.
MONONYLON	3.0		03	XILOCAÍNA 2% S/V	FR	02
MONONYLON				XILOCAÍNA 2% C/V	FR	
CATGUT CROMADO				XILOCAÍNA 1% S/V	FR	
CATGUT SIMPLES				XILOCAÍNA 1% C/V	FR	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 PRIVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 ABR 2019
 GENTE

MEDICAMENTOS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID.	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID.	QUANT.
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	FR		LUVAS Nº <u>6.5</u>	PAR	<u>01</u>	ÉTER	ML	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	FR		LUVAS Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>01</u>	P.V.P.I. DEGERMANTE	ML	
POMADA	FR		LÂMINA DE BISTURI Nº	UNID		P.V.P.I. TÓPICO	ML	
SOL. RINGER C/ LACTATO	FR		SERINGA DESC. <u>10</u> ML	UNID	<u>01</u>	ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>30</u>
			SERINGA DESC. _____ ML	UNID				
			GAZE 7,5 X 7,5	ENVELOPE	<u>06</u>			
			ESPARADRAPO	<u>40</u> CM	<u>01</u>			
			MICROPORE	<u>10</u> CM				
			<u>Agulha</u>	<u>40x12</u>	<u>01</u>			
			<u>Agulha</u>	<u>13x4.5</u>	<u>01</u>			

TeC Estagiário: Franciella
ASSINATURA (ENFERMAGEM)



Aterdimento	2.390.264	Prescrição	1901863	Data Entrada	05/11/2018 13:06:00	PRONTUÁRIO
Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Telefone	(86) 88150 603	Sexo	F	
Data Nascto	06/11/1970	Idade	47 anos e 11 meses	Data Entrega		209446
Convênio	IPMT	Usuário Imp	ANACSILVA	Data Imp		PRESCRIÇÃO
Médico	Ana Clara Carvalho Silva	Senha	1639607			
Sector/Leito	Pronto Atendimento - HSM - EMERGÊNCIA PA					1901863
Guia	1639607					
Matrícula	14798200					

Pronto socorro

Justificativa:

EVOLUÇÃO MEDICO PA
Diagnóstico: V20

Anamnese / Quadro Clínico:

PACIENTE VEM AO PS POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO LESAO CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO E CORTOCONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADA EM BEG, GLASGOW 15, RESPIANDO A AR AMBIENTE

EXAMES SOLICITADOS

Sector: Sala de Sutura e Curativos

Código	Descrição	Data e Hora Exec.	Qtde.	Observação
30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	05/11/2018 14:54:03	1	Acidente motociclistico com ferimento cortocontuso em ambos joelhos



5631023

AUTORIZADO


Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

05/11/18 - 06/11/18



2390264

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento	2390264
Data Nascto	06/11/1970 48 Anos Sexo Feminino	Prontuario	209446
Endereço	POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERSINA PI	Data Entrada	05/11/2018 13:06
Convênio	IPMT	Data Alta	05/11/2018 19:52
Setor Atend	Pronto Atendimento - HSM	Unidade	EMERGÊNCI
	Procedência Residência		

Dt Evolucao 05/11/2018 13:53 **Profissional** MIKAELLE ALVES DA SILVA **Tipo evolução** Enfermagem PA - Evolução

Realizado curativo em joelho direito e esquerdo. Material utilizado 05 pct de gaze + 02 ataduras + 01 luva estéril nº 7 + sf 0,9% 250 ml + esparadrapo.

Acd de enf Larissa Moura.

05/11/2018 15:49 VERANICE MARIA DE JESUS **Anotações de Enfermagem**

Administrado medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) | Dose: 1 amp | Via: IV | Da prescrição: 1901428 | VERANICE MARIA DE JESUS | 05/11/2018 13:15:00 |

05/11/2018 15:49 VERANICE MARIA DE JESUS **Anotações de Enfermagem**

Administrado medicamento: Profenid Iv Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 1901863 | VERANICE MARIA DE JESUS | 05/11/2018 14:54:00 |

05/11/2018 15:49 VERANICE MARIA DE JESUS **Anotações de Enfermagem**

PCT COM QUADRO CLINICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM JOELHO DIERITO,, MEDICADA+SULTURA+CURATIVO,

Diagnósticos					
Data	CID	Diagnóstico	Classificação	Profissional	
05/11/2018	V20	V20 Motociclista traum colis pedestre animal	Preliminar	NATHAN CAVALCANTE DE ARAUJO	

Medicamentos Administrados

Medicamentos	Horario	Dose Via	ACM	SN	Executor	Conselho
Dipirona Sódica Inj. Ap	05/11/18 15:49:16	1 IV			VERANICE MARIA DE JESUS	
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	05/11/18 15:49:30	1 IV			VERANICE MARIA DE JESUS	





2428269

Paciente:	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento:	2.428.269	Prontuário:	209.446
Nascimento:	06/11/1970 48a 14d	Convênio:	IPMT / UNICO		
Data Entrada:	14/11/2018 08:43:19	Liberação:	14/11/2018 09:02:16	Prescrição:	1927813
Médico Resp:	Dra. Bruna Nayanne Gonçalves Barros Leal (CRM 7303)	Data Presc:	14/11/2018 09:01:00		
Prescritor:	Bruna Nayanne Gonçalves Barros Leal	Validade:	14/11/2018 09:01:00 / 15/11/2018 08:59:59		
Guia:	1651777	Matric. Conv.:	14798200	Senha:	1651777

Diretor Técnico Médico:

Data evolução: 14/11/2018 09:22
Liberação: 14/11/2018 09:24

EVOLUÇÃO MEDICO PA

Diagnóstico: S810

Anamnese / Quadro Clínico:

PACIENTE RETORNA APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 SEMANA VEM AO PA PARA REAVALIAR LESÃO E RETIRAR PONTOS. FEZ USO DE CLAVULIN POR 7 DIAS. REFERE QUE TEVE FEBRE NOS 4 PRIMEIROS DIAS E CESSOU AO EXAME: FERIMENTO COM SINAIS FLOGÍSTICOS E COM NECROSE, EXTERIORIZANDO SECREÇÃO

CD: SOLICITO INTERNAÇÃO HOSPITALAR E AVALIAÇÃO DA CIRURGIA

Procedimentos/Serviços/Exames	Obs. / Intervalo	Material
1 Hemograma	Agora	Sangue

Dra. Bruna Nayanne Gonçalves Barros Leal
CRM-PB 7303

Impresso em 20/11/2018 11:58:25

Página 1

Pronto Atendimento - HSM

BRUNAL / LEONAR
EMERGÊNCIA

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA

leito/quarto:



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

14/11/18 - 15/11/18



2428269

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Atendimento	2428269
Data Nascto.	06/11/1970	48 Anos	Sexo Feminino	Prontuário	209446
Endereço	POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERSINA PI			Data Entrada	14/11/2018 08:43
Convênio	IPMT			Data Alta	14/11/2018 14:43
Setor Atend.	Posto Cultura - HSM	Procedência	Residência	Unidade	EMERGÊNCI

Diagnósticos

Data	CID	Diagnóstico	Classificação	Profissional
14/11/2018	S810	S81.0 Ferim do joelho	Preliminar	Bruna Nayanne Gonçalves Barros Leal -





2430099

Internação:	2430099	Dt Internação:	14/11/18 12:46:21	Sector:	Sala de Espera - HSM
Paciente:	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Quarto:	ESPERA 03
Nascimento:	06/11/70 48a 8d	Sexo:		Acomodação:	
Estado Civil:		Fone Pac.:	88150603	Diária:	Apartamento privativo
Convênio:	PLANTE	Matrícula:	1479.8200		
R.G.C.N.:	118.894.6	CPF:	566.007.393-04		
Endereço:	POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERSINA PI				
Nome da Mãe:	maria pereira de sousa araujo	Nome do Pai:			
Procedimento:					
Responsável:				Funcionário:	SARAK
Endereço:					
Nascimento:	06/11/1970	Doc. Resp.:			
Fone Resp.:		Observações:			
Médico Resp.:	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6596)			Tratamento:	Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, representante legal do (a) paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____ CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Conselheiros:

1. _____
2. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes.)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigá-lo(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro eu ficar incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 14 de novembro de 2018.

ANA MARIA ARAUJO SILVA

Assinatura do paciente ou responsável legal

RG nº: _____

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

ANA MARIA ARAUJO SILVA

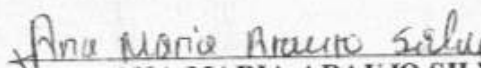
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **ANA MARIA ARAUJO SILVA**, Brasileiro, (estado civil não informado), (profissão não informada), CPF/MF nº 56600739304, residente e domiciliado na Rua POVOADO ALEGRIA,, Bairro ZONA RURAL SUL, TERESINA - PI, por meio do presente instrumento particular, responsabilizo-me perante a **HOSPITAL SANTA MARIA LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 06.873.111/0001-99, sediada na Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 616, Centro, Teresina - PI, pelo pagamento de todas as despesas médicas e hospitalares que não forem autorizadas pelo meu plano de saúde, as quais sejam indicadas para o bom andamento do meu tratamento.

Teresina-PI, 14 de novembro de 2018.


ANA MARIA ARAUJO SILVA
CPF/MF nº 56600739304



Paciente ANA MARIA ARAUJO SILVA

Atendimento 2430099

Convênio: PLANTE

Especialidade origem Clínica Geral

Especialidade destino Cirurgia Plástica

Motivo da Consulta

PACIENTE RETORNA APÓS ACIDENTE DE TRANSITO HÁ 1 SEMANA VEM AO PA PARA REAVALIAR LESÃO E RETIRAR PONTOS. FEZ USO DE CLAVULIN POR 7 DIAS. REFERE QUE TEVE FEBRE NOS 4 PRIMEIROS DIAS E CESSOU AO EXAME: FERIMENTO COM SINAIS FLOGÍSTICOS E COM ÁREA EXTENSA DE NECROSE

Data: 14/11/2018 14:49:50


Ana Clara Cavalcanti Silva
CRM 6816

Resposta parecer

Paciente apresenta crosta em face anterior do joelho esquerdo, após acidente, que evoluiu com trauma um pouco mais profundo e causando necrose da pele traumatizada.

Os tecidos profundos ainda estão edemaciados e secretivos.

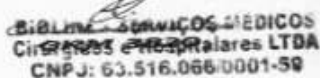
Contra indico procedimento cirurgico de desbridamento no momento, para não haver exposição ossea.

Sugiro curativos 2x/dia com papaína a 20%, utilizando os tecidos como curativo biológico, para aguardar uma cicatrização/granulação dos tecidos profundos e programar em um outro momento, uma exérese de pele.

Sugiro permanecer com a paciente internada para antibioticoterapia venosa e curativos 2x/dia, para melhorar as condições locais da ferida.

Decido por realizar sutura no ferimento para estabilizar melhor a crosta e os tecidos.

Data: 15/11/2018 10:44:31


SILVIA SERVICOS MEDICOS
Cirurgias e Procedimentos LTDA
CNPJ: 63.516.066/0001-59

Carlos Eduardo Feitosa Tajra
CRM-PI 3820 CPF: 655.947.203-59





2430099

Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento 06/11/1970 48a 8d Peso
 Data Entrada 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM**
 Prescritor **Bruna Nayanne Gonçalves Barros Leal**
 Setor **Unidade Semi-intensiva INTERNAÇÃO -**
 CID **S81.0 Ferim do joelho**

Atendimento **2.430.099** Prontuário **209.446**
 Convênio **PLANTE / APARTAMENTO**
 Liberação 14/11/2018 13:06:21 Prescrição **1929007**
 Data Prescr. 14/11/2018 13:01:00
 Validade 14/11/2018 14:00:00 / 15/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto **LEITO 06 INTERNADO**

Diretor Técnico Médico:

Dietas Dose Intervalo
 BRANDA Continuo

Dieta Branda

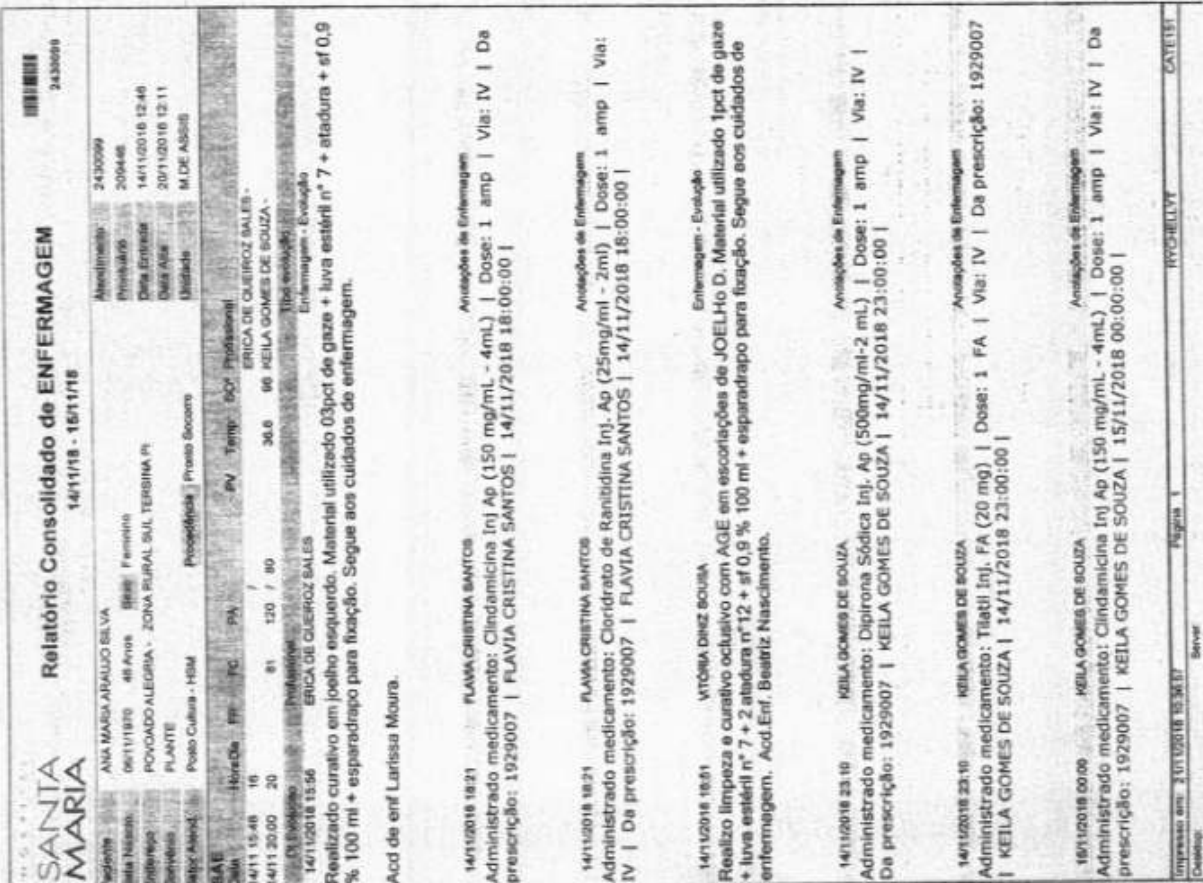
Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via	Horários
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	2x ao dia IV	14 02 14
Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
7 CEFTRIAXONA 1G IV INJ.	1°	1 Frasco-ampola 2x ao dia IV	14 02 14
Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 10 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)			
Observação:			
CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML)	1°	1 Ampola 6/6 h. IV	18 00 06 12
Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 54 Mililitros (6/6 h. Intravenosa) em 1 h.			
Observação:			
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	12/12 h (06-18) IV	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (12/12 h (06-18) Intravenosa)			
Observação:			
Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)	1 Ampola	ACM IV	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)			
Administrar 102 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	ACM IV	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Tilatil Inj. FA (20 mg)	1 Frasco-ampola	ACM IV	
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL			
Administrar 12 Mililitros (ACM Intravenosa)			
Observação:			
Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 Curativo Médio Porte	1x Manhã	10	

habeerada acomodação

Dr. Bruno Nayanne Gonçalves Barros Leal
CRM-P9 7303

Dr. Bruno Nayanne Gonçalves Barros Leal
Dr. Bruno Nayanne Gonçalves Barros Leal
Médica
CRM 7303





[illegible]

HOSPITAL SANTA MARIA LTDA

Prescrição Eletrônica Paciente



2430099

Nome: ANA MARIA ARAUJO SILVA
 Nascimento: 06/11/1970 48a 9d Peso
 Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Responsável: Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6816)
 Autorizador: Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)
 Posto: Posto Cultura - HSM
 S81.0 Ferim do joelho

Atendimento: 2.430.099
 Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
 Liberação: 15/11/2018 13:33:00
 Data Prescr.: 15/11/2018 13:32:00
 Validade: 15/11/2018 15:00:00 / 16/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: M.DE ASSIS

Prontuário 209.446

Prescrição 1931021

Por Técnico Médico:

as Dose Intervalo Contínuo

INDA

Dieta Branda

Medicamentos

D Dose / Intervalo / Via
 1 Frasco 2x ao dia IV

Horários

02

Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)

Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)

Observação:

2° 1 Frasco-ampola 2x ao dia IV

02

CEFTRIAXONA 1G IV INJ.

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

2° 1 Ampola 6/6 h. IV

CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML)

Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)

1 Ampola 12/12 h (06-18) IV

18

06

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

1 Ampola ACM IV

ACM

Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

1 Ampola ACM IV

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

1 Frasco-ampola ACM IV

Tilatil Inj. FA (20 mg)

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL



Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtd / Intervalo

Horários

Material

1x Manhã

10

2 Curativo Médio Porte

Ana Clara Carvalho Silva
 CRM 6816

15/11/2018 13:33:06

Página 1

ANACSILVA

CATE144



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 11:03:34

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211033268300000010667332

Número do documento: 20081211033268300000010667332

Num. 11258437 - Pág. 24

HOSPITAL SANTA MARIA LTDA
Prescrição Eletrônica Paciente



2430099

Paciente: **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
Data de Nascimento: 06/11/1970 48a 9d
Entrada: 14/11/2018 12:46:21
Médico Responsável: **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6816)**
Autorizador: **Ana Clara Carvalho Silva (CRM 6816)**
Posto: **Posto Cultura - HSM**
S81.0 Ferim do joelho

Atendimento: **2.430.099**
Convênio: **PLANTE / APARTAMENTO**
Liberação: **15/11/2018 13:33:52**
Data Prescr.: **15/11/2018 13:33:00**
Validade: **15/11/2018 15:00:00 / 16/11/2018 14:59:59**
Leito/Quarto: **M.DE ASSIS**

Prontuário: **209.446**

Prescrição: **1931023**

Por Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames:
Curativo cl Papaina 20%

Qtd / Intervalo
1x Manhã

Horários
10

Material

Ana Clara Carvalho Silva
CRM 6816



HOSPITAL SANTA MARIA LTDA
Prescrição Eletrônica Paciente



2430099

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA
Data Nascimento: 06/11/1970 48a 9d
Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
Médico Responsável: Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 6913)
Escritório: Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
Posto: Posto Cultura - HSM
ID: S81.0 Ferim do Joelho
Diretor Técnico Médico:

Atendimento: 2.430.099
Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
Liberação: 15/11/2018 08:23:57
Data Prescr.: 15/11/2018 08:23:00
Validade: 15/11/2018 15:00:00 / 16/11/2018 14:59:59
Leito/Quarto: M.DE ASSIS

Prontuário 209.446

Prescrição 1930513

Qtd / Intervalo
Agora.

Horários
08:23

Material

Procedimentos/Serviços/Exames
1 Curativo c/ Papaina 20%

Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913



JOAQUIM

CATE144

Página 1

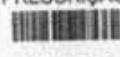
em: 15/11/2018 08:24:01

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 11:03:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081211033268300000010667332>

Número do documento: 20081211033268300000010667332

Num. 11258437 - Pág. 26

Atendimento	2.430.099	Prescrição	1930775	Data Entrada	14/11/2018 12:46:21	PRONTUÁRIO
Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Telefone	(86) 88150 603	
Data Nascto	06/11/1970	Idade	48 anos	Sexo	F	209446
Convênio	PLANTE			Data Entrega		PREScrição
Médico	Carlos Eduardo Feitosa Tajra			Usuário Imp.	CARLOSE	
Setor/Leito	Posto Cultura - HSM - M.DE ASSIS			Data Imp.		1930775
Guia	1652349			Senha	1652349	
Matricula	14798200			Internado		

Justificativa:

EXAMES SOLICITADOS

Setor: Sala de Sutura e Curativo - HSM

Código	Descrição	Data e Hora Exec.	Qtde.	Observação
30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	15/11/2018 15:00:00	1,00	Paciente vitima de acidente com traumatismo profundo que evoluiu com necrose da pele. Solicito autorizacao para realizar limpeza das bordas da lesao e sutura



5701721

BIOFARM - SERVIÇOS
Químicos e Hospitalares LTDA
CNPJ: 03.516.066/0001-59
Carlos Eduardo Feitosa Tajra
CRM-3620
Carlos Eduardo Feitosa Tajra
CRM-PI 3620 CPF: 855.947.203-59

REALIZADO PELO DR. CARLOS TAJRA





2430099

Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento 06/11/1970 48a 9d Peso
 Data Entrada 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM 3820)**
 Prescritor **Carlos Eduardo Feitosa Tajra (CRM 3820)**
 Setor **Posto Cultura - HSM**
 CID **S81.0 Ferim do joelho**
 Diretor Técnico Médico:

Atendimento **2.430.099** Prontuário **209.446**
 Convênio **PLANTE / APARTAMENTO**
 Liberação **15/11/2018 10:46:54** Prescrição **1930775**
 Data Prescr. **15/11/2018 10:45:00**
 Validade **15/11/2018 15:00:00 / 16/11/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto **M.DE ASSIS**

Procedimentos/Serviços/Exames

1 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento

Qtd / Intervalo
1 Vez

Horarios
15

Material

Carlos Eduardo Feitosa Tajra
CRM 3820

BIOLINE - SERVIÇOS MÉDICOS
 Cirurgicos e Hospitalares LTDA
 CNPJ: 03.516.066/0001-59

Carlos Eduardo Feitosa Tajra
 CRM-MG 3820 CPF: 835.647.203-59



[illegible]

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM									
15/11/18 - 16/11/18									
SANTA MARIA		AUSA MARIA AVALIO SILVA				Alimentação		2430999	
Data Nasc:		08/11/1970		Sexo:		Feminino		Proteção	
Endereço:		POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERESINA PI		UF:		PI		209448	
Paciente:		PLANTE		Profissão:		Prova Sucesso		Data Entrada	
Pront. Med:				Ponto Cultura - HSM				2011/2018 12:11	
História:		PR		TC		RA		Unidade	
Hem.Da.		PR		TC		RA		M DE AGO/16	
23		30		78		130 / 80			
15/11/2018 23:27									
DOENÇA EVOLUTIVA EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA Administrado medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1931021 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 15/11/2018 18:00:00									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 15/11/2018 18:25 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA Administrado medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj, Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1931021 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 15/11/2018 18:00:00									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 15/11/2018 20:00 ELIZABETH DA SILVA NASCIMENTO Paciente segue IH com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, física, receptiva ao diálogo. Espúlica. Respirando espontaneamente sem suporte de O2, mantendo bom padrão respiratório. Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, pívrio e funcionalmente. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas. Sem queixas alérgicas no momento. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.RESPONDIDO PARECER CIRURGIA PLASTICA									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 16/11/2018 00:32 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO Administrado medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1931021 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 16/11/2018 00:00:00									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 16/11/2018 02:32 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO Administrado medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frac (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da prescrição: 1931021 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 16/11/2018 02:00:00									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 16/11/2018 02:33 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO Administrado medicamento: Ceftriaxona 1g IV Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1931021 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 16/11/2018 02:00:00									
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 16/11/2018 05:33 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO Administrado medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1931021 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 16/11/2018 06:00:00									

17 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI -



2430099

Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento 06/11/1970 48a 10d Peso
 Data Entrada 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM)**
 Prescritor **Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)**
 Setor **Posto Cultura - HSM**
 CID **S81.0 Ferim do joelho**
 Diretor Técnico Médico:
 Atendimento **2.430.099** Prontuário **209.446**
 Convênio **PLANTE / APARTAMENTO**
 Liberação **16/11/2018 12:28:14** Prescrição **1933257**
 Data Prescr. **16/11/2018 12:24:00**
 Validade **16/11/2018 15:00:00 / 17/11/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto **M.DE ASSIS**

Recomendações Intervalo Horários

Cuidados e observação

SSVV 6/6 h

Cabeceira Elevada a 30°

Deambular

Sentar na poltrona

Dietas Dose Intervalo
 BRANDA Continuo

Dieta Branda

Medicamentos D Dose / Intervalo / Via

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) 1 Frasco 2x ao dia IV

Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)

Observação:

7 CEFTRIAXONA 1G IV INJ. 3° 1 Frasco-ampola 2x ao dia IV

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML) 3° 1 Ampola 6/6 h. IV

Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) 1 Ampola 12/12 h (06-18) IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml) 1 Ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tilatil Inj. FA (20 mg) 1 Frasco-ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames Qtd / Intervalo Horários Material

1 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento 1 Vez 15

3 Curativo Médio Porte 1x Manhã

4 HGT 12/12 h

Nível Inicial:	Nível	Insulina	Glicose IV	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL

em: 16/11/2018 12:28:25

Página 1

JOAQUIM

CATE144





2430099

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Atendimento	2.430.099	Prontuário	209.446
Nascimento	06/11/1970	48a 10d	Peso	Convênio	PLANTE / APARTAMENTO		
Data Entrada	14/11/2018 12:46:21			Liberacao	16/11/2018 12:28:14	Prescrição	1933257
Medico Resp	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM			Data Prescr.	16/11/2018 12:24:00		
Prescritor	Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)			Validade	16/11/2018 15:00:00 / 17/11/2018 14:59:59		
Setor	Posto Cultura - HSM			Leito/Quarto	M.DE ASSIS		
CID	S81.0 Ferim do joelho						
	350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL		
5 Lavagem Intestinal c/ Solução Glicerínada					ACM	ACM	
6 Curativo c/ Papaina 20%					12/12 h	15	03


Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913



HISTÓRICO		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		16/11/18 - 17/11/18		2430098	
Nome:	ANA MARIA ABALJO SILVA	Sexo:	Feminino	Admissão:	24/03/98		
Idade:	48 Anos	Endereço:	POVOADO ALEIRIA - ZONA RURAL SUL TERESINA PI	Problema:	209448		
Profissão:	PLANTE	Endereço:	Prato Cultura - HSM	Data Entrada:	14/11/2018 12:46		
Relatório:		Endereço:	Prato Cultura - HSM	Data Alta:	20/11/2018 12:11		
Realizado em:	11/3mg/dl.cgm	Endereço:	Prato Cultura - HSM	Endereço:	M DE ABBE		
Enfermagem - Evolução 16/11/2018 17:17 VITÓRIA DINIZ SOUZA Paciente segue IH com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo. Externica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório. Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, pívrio e funcionante. Eliminações fisiológicas presentes e espontaneas (SIC). Sono e repouso satisfatório. Sem queixas algicas no momento da visita. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem. Realizado limpeza e troca de curativo em REGIÃO JOELHO "D + E". Utilizado: S.F 0,9% + GAZE + LUVA ESTERIL N°7,5 + ATADURA N°12 + PAPAÍNA 20% + ESPARADRAPO. Ferimento com presença de secreção sanguinolenta e tecido necrosado.							
Avaliação de Enfermagem 16/11/2018 17:46 FLAVIA CRISTINA SANTOS Administrado medicamento: Clindamicina 16g (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1933257 FLAVIA CRISTINA SANTOS 16/11/2018 18:00:00							
Avaliação de Enfermagem 16/11/2018 17:46 FLAVIA CRISTINA SANTOS Administrado medicamento: Clonidrato de Ranitidina 16g (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1933257 FLAVIA CRISTINA SANTOS 16/11/2018 18:00:00							
Avaliação de Enfermagem 16/11/2018 23:38 KEILA GOMES DE SOUZA Administrado medicamento: Clindamicina 16g (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 00:00:00							
Avaliação de Enfermagem 17/11/2018 02:00 KEILA GOMES DE SOUZA Administrado medicamento: Ceftriaxona 1g IV Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 02:00:00							
Avaliação de Enfermagem 17/11/2018 02:00 KEILA GOMES DE SOUZA Administrado medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 02:00:00							
Avaliação de Enfermagem 17/11/2018 06:10 KEILA GOMES DE SOUZA Administrado medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 06:10:00							





Relatório Consolidado de ENFERMAGEM									
16/11/18 - 17/11/18									
Paciente: ANA MARIA AMALJO SILVA									
Data Nasc: 06/11/1970 Idade: 48 Anos Sexo: Feminino									
Endereço: POCAZADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERESINA PI									
Plantão: PLANTÃO									
Pronto Socorro: Pronto Socorro									
Prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 06:00:00									
Administrado medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da									
prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 06:00:00									
17/11/2018 06:10 KEILA GOMES DE SOUZA									
Administrado medicamento: Clordrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2mL) Dose: 1 amp Via: IV Da									
prescrição: 1933257 KEILA GOMES DE SOUZA 17/11/2018 06:00:00									
17/11/2018 09:55 FABIO ARAUJO DE OLIVEIRA									
Paciente segue IH com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo. Eupneica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório. Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, púvio e funcionamento. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas (SIC). Sono e repouso satisfatório. Sem queixas algicas no momento da visita. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.									
Realizado limpeza e troca de curativo em REGIÃO JOELHO "D" + "E". Utilizado: S.F 0,9% + GAZE + LUVA.									
ESTERIL N°7.5 + ATADURA N°12 + PAPAÍNA 20% + ESPARADRAPO. Ferimento com presença de tecido necrosado.									
17/11/2018 12:04 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA									
Administrado medicamento: Decadron 4mg/mL Inj. (FA 2,5mL) Dose: 1 FA Via: IV Da									
prescrição: 1935255 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 17/11/2018 11:10:00									
17/11/2018 12:08 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA									
Administrado medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da									
prescrição: 1933257 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 17/11/2018 12:00:00									
Medicamentos Administrados									
Medicamento	Posologia	Dose	Via	ACH	Enfermagem	Conteúdo			
Decadron 4mg/mL Inj. (FA 2,5)	17/11/18 12:05:00	1	IV		EDILEUSA MARIA DE SOUSA				
Clordrato de Ranitidina Inj. Ap	16/11/18 17:46:57	1	IV		FLAVIA CRISTINA SANTOS				
Clordrato de Ranitidina Inj. Ap	17/11/18 06:10:40	1	IV		KEILA GOMES DE SOUZA				
DEFTRIAXOMA 100 IV INJ.	17/11/18 06:10:08	1	IV		FLAVIA CRISTINA SANTOS				
CLINDAMICINA INJ AP (150)	16/11/18 17:46:52	1	IV		KEILA GOMES DE SOUZA				
CLINDAMICINA INJ AP (150)	17/11/18 06:10:42	1	IV		EDILEUSA MARIA DE SOUSA				
CLINDAMICINA INJ AP (150)	17/11/18 12:05:08	1	IV		KEILA GOMES DE SOUZA				
Soro Fisológico 0,9% Ecton	17/11/18 06:59:57	1	IV		KEILA GOMES DE SOUZA				
CLINDAMICINA INJ AP (150)	16/11/18 23:49:31	1	IV		KEILA GOMES DE SOUZA				
Impresso em: 21/11/2018 10:37:40 Página 3 RICHELLY CATEIST									



2430099

Paciente: **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento: 06/11/1970 48a 11d Peso
 Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp: Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Prescritor: Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Motor: Posto Cultura - HSM
 ID: S81.0 Ferim do joelho

Atendimento: **2.430.099** Prontuário: **209.446**
 Convênio: **PLANTE / APARTAMENTO**
 Liberação: 17/11/2018 10:29:39 Prescrição: **1935154**
 Data Prescr.: 17/11/2018 10:27:00
 Validade: 17/11/2018 15:00:00 / 18/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: **M.DE ASSIS**

Retor Técnico Médico:

Recomendações Intervalo Horários

Unidades e observação

SVV 6/6 h

abeceira Elevada a 30°

eambulator

entar na poltrona

dietas Dose Intervalo

RANDA Continuo

Dieta Branda

Medicamentos D Dose / Intervalo / Via

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) 1 Frasco 2x ao dia IV

Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)

Observação:

7 CEFTRIAXONA 1G IV INJ. 4* 1 Frasco-ampola 2x ao dia IV

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML) 4* 1 Ampola 6/6 h. IV

Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) 1 Ampola 12/12 h (06-18) IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml) 1 Ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tilatil Inj. FA (20 mg) 1 Frasco-ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tramal 50 mg/ml Inj Ap-1 mL 1 Ampola ACM IV

Separar 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

4 Curativo Médio Porte

5 HGT

Qtd / Intervalo

Horários

Material

1x Manhã

12/12 h

10

15

03

Nível Inicial:

Nível

Insulina

Glicose IV

Sugestão

0

70

0

40

APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL

11/2018 10:29:45

Página 1

JOAQUIM

CATE144





2430099

Paciente: **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento: 06/11/1970 48a 11d Peso
 Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp: Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Prescritor: Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Setor: Posto Cultura - HSM
 CID: S81.0 Ferim do joelho

Atendimento: 2.430.099 Prontuário: 209.446
 Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
 Liberação: 17/11/2018 10:29:39 Prescrição: 1935154
 Data Prescr.: 17/11/2018 10:27:00
 Validade: 17/11/2018 15:00:00 / 18/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: M.DE ASSIS

180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL
				ACM ACM
6 Lavagem Intestinal c/ Solução Glicerínada				12/12 h 15 03
7 Curativo c/ Papaína 20%				

Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913





2430099

Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA** Atendimento **2.430.099** Prontuário **209.446**
 Nascimento **06/11/1970** **48a 11d** **Peso** Convênio **PLANTE / APARTAMENTO**
 Data Entrada **14/11/2018 12:45:21** Liberação **16/11/2018 12:41:30** Prescrição **1933295**
 Médico Resp **Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)** Data Prescr. **16/11/2018 12:36:00**
 Prescritor **Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)** Validade **16/11/2018 15:00:00 / 17/11/2018 14:59:59**
 Setor **Posto Cultura - HSM** Leito/Quarto **M.DE ASSIS**
 CID **S81.0 Ferim do joelho**
 Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 CÁLCIO IONIZÁVEL	1 Vez	15	Soro
2 Creatinina	1 Vez	15	Soro
3 Fosfatase Alcalina	1 Vez	15	Soro
4 Hemograma	1 Vez	15	Sangue
5 Lactato	1 Vez	15	Soro
6 Magnésio	1 Vez	15	Soro
7 Potássio (K)	1 Vez	15	Sangue e
8 Proteína C Reativa (PCR)	1 Vez	15	Soro
9 Sódio	1 Vez	15	Soro
10 Tempo de Protrombina	1 Vez	15	Plasma
11 Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada - KPTT	1 Vez	15	Plasma
12 Coagulograma	1 Vez	15	Sangue
13 TGO - Transaminase Oxalacética - AST	1 Vez	15	Soro
14 TGP - Transaminase Piruvica - ALT	1 Vez	15	Soro
15 Uréia	1 Vez	15	Soro

Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913





2430099

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Atendimento	2.430.099	Prontuário	209.446
Nascimento	06/11/1970 48a 11d	Convênio	PLANTE / APARTAMENTO		
Data Entrada	14/11/2018 12:46:21	Liberação	17/11/2018 11:10:19	Prescrição	1935255
Médico Resp	Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)	Data Prescr.	17/11/2018 11:07:00		
Prescritor	Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)	Validade	17/11/2018 15:00:00 / 18/11/2018 14:59:59		
Setor	Posto Cultura - HSM	Leito/Quarto	M.DE ASSIS		
CID	S81.0 Ferim do joelho				
Diretor Técnico Médico:					

Medicamentos

D Dose / Intervalo / Via

Horários

8 Decadron 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora. IV

08:10

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913



SANTA MARIA

Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

17/11/18 - 18/11/18

2430099

APLICATIVOS
2430099
209446
14/11/2018 12:46
Data Entrada
Diaz Alin
20/11/2018 12:11
Data Saída
M DE ASSIS

Paciente ANA MARIA AVALIO BILVA
Idade Feminino
06/11/1970 48 Anos
POVOADO ALDEIA - ZONA RURAL, SUL, TUBSENA PI
PLANTE
Profissão Profeta Escrito

Prescrição
18/11/2018 12:11
Resumo

Avaliação

Pele, mucosas e anexos

Pele, mucosas e anexos

Integridade tissular

Mantem calçados livres de pressão

Prevenção da QUEDAS

Mantém a pele limpa, seca e bem hidratada.

Promoção do exercício: Desambulação

Realizar mudança de decúbito

Administrar medicamentos conforme prescrição médica

Verificar sinais vitais

Congelamento da dor

Orientar pacientes e familiares quanto aos riscos e prevenções de queda

Realizar Orelheira

Utilizar coxins para realizar desconpressão

Envolver pacientes e familiares no cuidado

Estimular que o paciente realize mudanças de decúbito

17/11 17:59 18

18/11 03:00 3

13 Enciclos

17/11/2018 16:39

EDILEUSA MARIA DE SOUZA LIMA

Administrado medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frasc (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da

Imprimido em: 20/11/2018 10:35:04

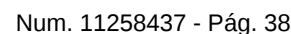
Desloq:

Secret:

Página 1

RACHELYY

GATVIST





SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		17/11/18 - 18/11/18		24/30099	
Paciente		ANNA MARIA ANALLIO SILVA		Alimentação		24/30099	
Data Nascim.		06/11/1970 48 Anos		Prescrição		209445	
Endereço		POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERESINA PI		Data Entrada		14/11/2018 12:46	
Cidade		PLANTE		Data Alta		20/11/2018 12:11	
Unidade		Pronto Socorro		Unidade		M DE ASSUS	
Anotações de Enfermagem							
18/11/2018 06:00 SARAH MARIA ALVES DE SOUSA Administrado medicamento: Clindamicina inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1935154 SARAH MARIA ALVES DE SOUSA 18/11/2018 06:00:00							
18/11/2018 06:00 SARAH MARIA ALVES DE SOUSA Administrado medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1935154 SARAH MARIA ALVES DE SOUSA 18/11/2018 06:00:00							
Anotações de Enfermagem							
18/11/2018 08:29 RAYANE SANTOS SOARES Segue IH com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo. Eupneica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório. Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, púvio e funcionante. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas (SIC). Sono e repouso satisfatório. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.							
Anotações de Enfermagem - Evolução							
18/11/2018 12:10 VITÓRIA DREZ SOUSA Paciente segue IH com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao diálogo. Eupneica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório. Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, púvio e funcionante. Eliminações fisiológicas presentes e espontâneas (SIC). Sono e repouso satisfatório. Sem queixas algas no momento da visita. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem. Realizado limpeza e troca de curativo em REGIÃO JOELHO "D + E". Utilizado: S.F 0,9% + GAZE + LUVA ESTERIL N°7.5 + ATADURA N°12 + PAPAÍNA 20% + ESPARADRAPO. Ferimento com presença de tecido necrosado.							
Medicamentos Administrados							
Medicamento		Vias		Dose		Frequência	
Soro Fisológico 0,9% Ecolife		1 IV		1 IV		ACM	
Dipirona Sódica Inj. Ap		1 IV		1 IV		ACM	
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap		1 IV		1 IV		ACM	
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap		1 IV		1 IV		ACM	
CEFTRIAXONA 1G IV INJ.		1 IV		1 IV		ACM	
CLINDAMICINA INJ AP (150)		1 IV		1 IV		ACM	
CLINDAMICINA INJ AP (150)		1 IV		1 IV		ACM	
CLINDAMICINA INJ AP (150)		1 IV		1 IV		ACM	
CEFTRIAXONA 1G IV INJ.		1 IV		1 IV		ACM	

SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		17/11/18 - 18/11/18		24/30099	
Paciente		ANNA MARIA ANALLIO SILVA		Alimentação		24/30099	
Data Nascim.		06/11/1970 48 Anos		Prescrição		209445	
Endereço		POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERESINA PI		Data Entrada		14/11/2018 12:46	
Cidade		PLANTE		Data Alta		20/11/2018 12:11	
Unidade		Pronto Socorro		Unidade		M DE ASSUS	
Anotações de Enfermagem							
17/11/18 18:38:38 1 IV Soro Fisológico 0,9% Ecolife							
Anotações de Enfermagem							
17/11/18 18:38:38 1 IV Soro Fisológico 0,9% Ecolife							
Anotações de Enfermagem							
17/11/18 18:38:38 1 IV Soro Fisológico 0,9% Ecolife							



2430099

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Atendimento	2.430.099	Prontuário	209.446
Nascimento	08/11/1970	48a 12d	Peso	Convênio	PLANTE / APARTAMENTO		
Data Entrada	14/11/2018 12:46:21			Liberação	18/11/2018 11:35:18	Prescrição	1936478
Médico Resp	Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)			Data Prescr.	18/11/2018 11:35:00		
Prescritor	Danilo de Melis (CRM 5905)			Validade	18/11/2018 15:00:00 / 19/11/2018 14:59:59		
Setor	Posto Cultura - HSM			Leito/Quarto	M.DE ASSIS		
CID	S81.0 Ferim do joelho						
Diretor Técnico Médico:							

Recomendações Intervalo Horários

Cuidados e observação

SSV 6/6 h

Cabeceira Elevada a 30°

Deambular

Sentar na poltrona

Dietas	Dose	Intervalo
BRANDA		Contínuo

Dieta Branda

Medicamentos D Dose / Intervalo / Via

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) 1 Frasco 2x ao dia IV

Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)

Observação:

7 CEFTRIAXONA 1G IV INJ. 5° 1 Frasco-ampola 2x ao dia IV

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML) 5° 1 Ampola 6/6 h. IV

Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) 1 Ampola 12/12 h (06-18) IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml) 1 Ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tilatil Inj. FA (20 mg) 1 Frasco-ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tramal 50 mg/mL Inj Ap-1 mL 1 Ampola ACM IV

Separar 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtd / Intervalo	Horários	Material
1x Manhã		
12/12 h		

5 Curativo Médio Porte

6 HGT

Nível Inicial:	Nível	Insulina	Glicose IV	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL

18/11/2018 11:35:24

Página 1

DMELIS

CATE144





2430099

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA
 Nascimento: 06/11/1970 48a 12d Peso
 Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp: Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Prescritor: Danilo de Melis (CRM 5905)

Atendimento: 2.430.099 Prontuário: 209.446
 Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
 Liberação: 18/11/2018 11:35:18 Prescrição: 1936478
 Data Prescr.: 18/11/2018 11:35:00
 Validade: 18/11/2018 15:00:00 / 19/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: M.DE ASSIS

etor: Posto Cultura - HSM
 ID: S81.0 Ferim do joelho

180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

7 Lavagem Intestinal c/ Solução Glicerínada

8 Curativo c/ Papaina 20%

ACM ACM
 12/12 h 15 03

Danilo de Melis
 CRM 5905

Danilo de Melis
 MÉDICO
 CRM-PI 5905



[illegible]

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



2430099

Paciente: **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
 Nascimento: 06/11/1970 48a 13d Peso
 Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp: Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Prescritor: Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Ator: Posto Cultura - HSM
 ID: S81.0 Ferim do joelho
 Atendimento: 2.430.099 Prontuário: 209.446
 Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
 Liberação: 19/11/2018 14:25:40 Prescrição: 1939692
 Data Prescr.: 19/11/2018 14:25:00
 Validade: 19/11/2018 15:00:00 / 20/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: M.DE ASSIS

Retor Técnico Médico:

Recomendações

Intervalo Horários

Atendimentos e observação

SVV 6/6 h

Alceira Elevada a 30°

ambular

sentar na poltrona

Medicamentos

ANDA

Dose Intervalo Continuo

Dieta Branda

Medicamentos

D Dose / Intervalo / Via Horários

1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)

1 Frasco 2x ao dia IV

02 14

Administrar 500 Mililitros (2x ao dia Intravenosa)

Observação:

1 CEFTRIAXONA 1G IV INJ.

6° 1 Frasco-ampola 2x ao dia IV

02 14

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

CLINDAMICINA INJ AP (150 MG/ML - 4ML)

6° 1 Ampola 6/6 h. IV

18 00 06 12

Separar 4 Mililitros do medicamento em 50 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)

1 Ampola 12/12 h (06-18) IV

18 06

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Zofran Inj. Ap (4mg - 2ml)

1 Ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)

1 Ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tilatil Inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola ACM IV

ACM

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Observação:

Tramal 50 mg/ml Inj Ap-1 mL

1 Ampola ACM IV

ACM

Separar 1 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtd / Intervalo Horários Material

Curativo Médio Porte

1x Manhã

10

HGT

12/12 h

15 03

Nível Inicial: Nível Insulina Glicose IV Sugestão

0 70 0 40 APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL

2018 14:25:47

Página 1

JOAQUIM

CATE144





2430099

Paciente: ANA MARIA ARAUJO SILVA
 Nascimento: 06/11/1970 48a 13d Peso
 Data Entrada: 14/11/2018 12:46:21
 Médico Resp: Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Escritor: Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
 Setor: Posto Cultura - HSM

Atendimento: 2.430.099 Prontuário: 209.446
 Convênio: PLANTE / APARTAMENTO
 Liberação: 19/11/2018 14:25:40 Prescrição: 1939692
 Data Prescr.: 19/11/2018 14:25:00
 Validade: 19/11/2018 15:00:00 / 20/11/2018 14:59:59
 Leito/Quarto: M.DE ASSIS

D S81.0 Ferim do joelho

180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

8 Lavagem Intestinal c/ Solução Glicerínada

9 Curativo c/ Papaina 20%

ACM ACM
 12/12 h 15 03

Joaquim Lobão Malta Neto
 CRM 6913





SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		19/11/18 - 20/11/18	
Nome	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Assistência	2430098		
Data Nasc.	06/11/1970	Sexo	Feminino		
Endereço	POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERCEIRA PI				
Cidade	PLANTE				
CEP	20112018				
UF	MA				
Observações	Ponto Socorro				
20/11/2018 02:58					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Administração medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da					
prescrição: 1939692 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 20/11/2018 02:00:00					
20/11/2018 02:58					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Administração medicamento: Ceftriaxona 1g IV Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1939692					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 20/11/2018 02:00:00					
20/11/2018 06:06					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Administração medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da					
prescrição: 1939692 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 20/11/2018 06:00:00					
20/11/2018 06:36					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Administração medicamento: Clordrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2ml) Dose: 1 amp Via:					
IV Da prescrição: 1939692 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 20/11/2018 06:00:00					
20/11/2018 07:16					
FLAVIA CRISTINA SANTOS					
Segue com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao					
diálogo. Eupneica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório.					
Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, perió e funcionante. Eliminações fisiológicas					
presentes e espontâneas. Sono e repouso satisfatório. RECEBEU VISITA MEDICA, ALTA HOSPITALAR					
APOS-ANTIBIOTICOS (10H). Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.					
20/11/2018 09:59					
FLAVIA CRISTINA SANTOS					
Administração medicamento: Ceftriaxona 1g IV Inj. Dose: 2 FA Via: IV Da prescrição: 1941100					
FLAVIA CRISTINA SANTOS 20/11/2018 06:23:00					
20/11/2018 09:59					
FLAVIA CRISTINA SANTOS					
Administração medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da					
prescrição: 1939692 FLAVIA CRISTINA SANTOS 20/11/2018 12:00:00					
Impresso em: 20/11/2018 10:35:54					
Página: 2					
RACHELY					
CATEISI					

SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		19/11/18 - 20/11/18	
Nome	ANA MARIA ARAUJO SILVA	Assistência	2430098		
Data Nasc.	06/11/1970	Sexo	Feminino		
Endereço	POVOADO ALEGRIA - ZONA RURAL SUL TERCEIRA PI				
Cidade	PLANTE				
CEP	20112018				
UF	MA				
Observações	Ponto Socorro				
19/11/2018 18:00					
EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA					
Administração medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da					
prescrição: 1936478 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 19/11/2018 14:00:00					
19/11/2018 18:18					
EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA					
Administração medicamento: Ceftriaxona 1g IV Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1936478					
EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 19/11/2018 14:00:00					
19/11/2018 18:28					
EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA					
Administração medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da					
prescrição: 1939692 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 19/11/2018 18:00:00					
19/11/2018 18:08					
EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA					
Administração medicamento: Clordrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/mL - 2ml) Dose: 1 amp Via:					
IV Da prescrição: 1939692 EDILEUSA MARIA DE SOUSA LIMA 19/11/2018 18:00:00					
19/11/2018 19:53					
FABIO ARAUJO DE OLIVEIRA					
Realizado limpeza e troca de curativo em REGIÃO JOELHO "D + E". Utilizado: S.F 0,9% + GAZE + LUVA					
ESTERIL N°7,5 + ATADURA N°15 + PAPAIA 20% + ESPARADRAPO. Ferimento com presença de tecido					
necrosado, estável e secreção serossanguinolenta. Acid. Enf. Bealitz Nascimento.					
19/11/2018 21:18					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Segue com HD FERIMENTO COM NECROSE JOELHO "E". Consciente, orientada, fásica, receptiva ao					
diálogo. Eupneica. Respirando espontaneamente sem aporte de O2, mantendo bom padrão respiratório.					
Em dieta ofertada por VO, com boa aceitação. AVP, perió e funcionante. Eliminações fisiológicas					
presentes e espontâneas. Sono e repouso satisfatório. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem.					
20/11/2018 00:56					
JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO					
Administração medicamento: Clindamicina Inj Ap (150 mg/mL - 4mL) Dose: 1 amp Via: IV Da					
prescrição: 1939692 JESSYKA NAYARA FERREIRA MONTEIRO 20/11/2018 00:00:00					
Impresso em: 20/11/2018 10:35:54					
Página: 1					
RACHELY					
CATEISI					

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Colômbio Resende, 465 Lda C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24030-470
Telefone: (21) 2002-470

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



2430099

Paciente	ANA MARIA ARAUJO SILVA			Atendimento	2.430.099	Prontuário	209.446
Nascimento	06/11/1970	48a 14d	Peso	Convênio	PLANTE / APARTAMENTO		
Data Entrada	14/11/2018 12:46:21			Liberção	20/11/2018 06:23:01	Prescrição	1941100
Médico Resp	Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)			Data Prescr.	20/11/2018 06:22:00		
Prescritor	Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)			Validade	20/11/2018 07:00:00 / 21/11/2018 14:59:59		
Setor	Posto Cultura - HSM			Leito/Quarto	M.DE ASSIS		
CID	S81.0 Ferim do joelho						
Diretor Técnico Médico:							

Medicamentos

D	Dose / Intervalo / Via	Horários
7°	2 Frasco-ampola Agora. IV	06:23

7 Ceftriaxona 1g IV Inj.

Reconstituir cada Frasco-ampola em 1 Ampola de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL

Jon

Observação:

Joaquim Lobão Malta Neto
CRM 6913





2430099

Paciente ANA MARIA ARAUJO SILVA
Nascimento 06/11/1970 48a 14d Peso
Data Entrada 14/11/2018 12:46:21
Médico Resp Dr. Joaquim Lobão Malta Neto (CRM 6913)
Prescritor NATHAN CAVALCANTE DE ARAÚJO
Setor Posto Cultura - HSM
CID S81.0 Ferim do joelho
Diretor Técnico Médico:

Atendimento 2.430.099
Convênio PLANTE / APARTAMENTO
Liberação 20/11/2018 10:09:03
Data Prescr. 20/11/2018 10:08:00
Validade 20/11/2018 15:00:00 / 21/11/2018 14:59:59
Leito/Quarto M.DE ASSIS

Prontuário 209.446

Prescrição 1942362

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtd / Intervalo

Horários

Material

1 Curativo cl Papaina 20%

1x Manhã

10

Nathan Cavalcante de Araujo Junior
CRM 6819



Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
Data Nasc. 06/11/1970 48 Anos
Sexo Feminino
Setor Posto Cultura - HSM

Atendimento 2.430.099 Prontuário 209.446
Dt. Entrada 14/11/2018 12:46:21
Convênio PLANTE
Apartamentos M.DE ASSIS
Leitos

Data Alta 20/11/2018 06:23:55
Profissional JOAQUIM LOBÃO MALTA NETO
Motivo Alta Alta médica
Setor
Responsável Alta JOAQUIM LOBÃO MALTA NETO
Necrópsia
Causa da Morte

Tipo Sumário Alta

Resumo

Evolução/Anamnese Internação

S81.0 Ferim do joelho

EVOLUÇÃO:

ANA MARIA ARAUJO SILVA, 48 ANOS

ACIDENTE DE MOTO HA 10 DIAS

FO EM JOELHO ESQUERDO COM NECROSE E SECREÇÃO

- SEM INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO CIRURGICA NO MOMENTO - CIR PLASTICA

- EM USP DE CEFTRIAXONA + CLINDAMICINA D7/7

EVOLUÇÃO 20/11/18

Paciente no leito, calma, consciente, orientada, eupneica em ar ambiente e estável hemodinamicamente

Paciente refere estar bem, sem queixas no momento.

Informa melhora gradual da ferida.

Nega febre, dispneia, outras dores, sangramento, alt gastrointestinais ou urinários.

BEG corado hidratado AAA

MV+ sem RA

2BNF RR sem sopros

abd inocente

neuro Glasgow 15

LAB 17/11/18

Hb 15,2 Ht 43,4 Leuco 13940 (bast 2% 279) Pla 426700

Ur 16 Creat 0,5 Na 142 K 4,8 Cai 1,17 Mg 1,7 Lact 24,2 PCR 1,2

Fosf Alc 56 TGO 25 TGP 31

TS 1min TC 5min 30s TTPA 30s TP 12,5s INR 1,0

CD: ultima dose de ceftriaxona EV

receita: clindamicina VO ultimo dia

oriento retorno com plastico

orientações gerais

alta hospitalar apos ATBs

retorno sn



Paciente **ANA MARIA ARAUJO SILVA**
Data Nasc. **06/11/1970** **48 Anos**
Sexo **Feminino**
Setor **Posto Cultura - HSM**

Atendimento **2.430.099** Prontuário **209.446**
Dt. Entrada **14/11/2018 12:46:21**
Convênio **PLANTE**
Apartamentos **M.DE ASSIS**
Leitos

PROGRAMAÇÃO DE ALTA: 20/11 - com retorno com plastico 22/11





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Ar. Mar. Apr. Silva

portador da Carteira Profissional nº _____

Série _____, necessita de 90 (noventa)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença _____

C.I.D. J83.7

Hospital ou Ambulatório HM Localidade e Data Br, 12/11/19

Ass. do Médico - CRM nº _____

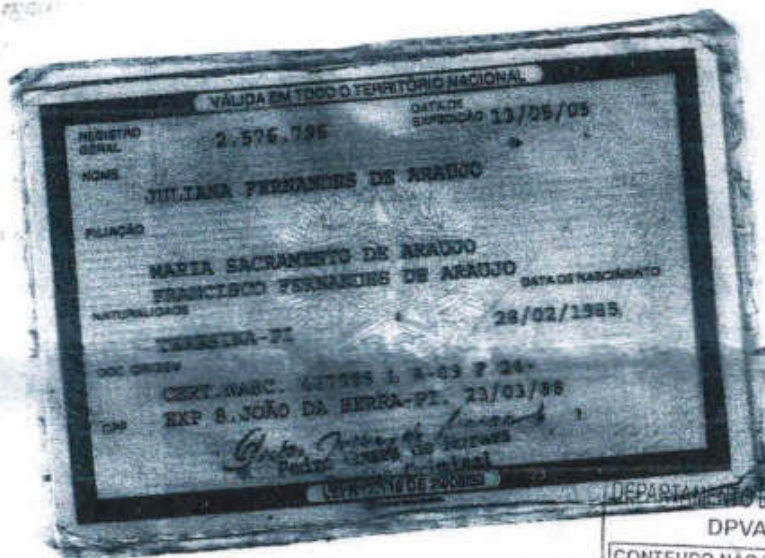
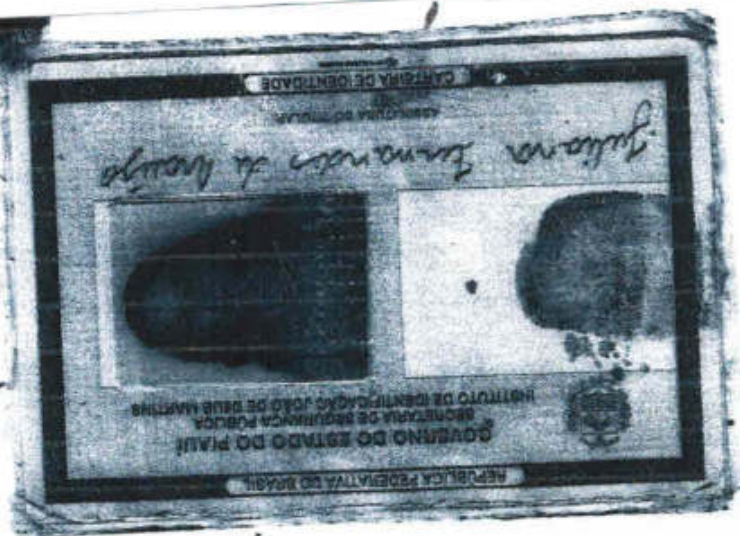
Dr. Eduardo Felfela Iojas
CRM-PI 3820
MÉDICO

Hospital Santa Maria LTDA.

CNPJ Nº 06.873.111/0001-99 • CMC: 004.674-4
Rua Osmundo Ramundo Amor de Vasconcelos, 618Bul
Fone: (86) 3194-5100 • Fax: (86) 3223-1935
CEP: 64.001-450 • Teresina - Piauí
E-mail: admger@hsmaria.com.br • secre@hsmaria.com.br









REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012631515061
0120180195846 41203092301

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
1532000a31ac326f73fca0b011677b1e4d670409771a

V.P. 1 00595664156

NOME/ENDEREÇO
ANA MARIA ARAUJO SILVA
POVOADO ALEGRIA 00000
ZONA RURAL PI

OPF/CNPJ 56600739304 PLACA LVZ-3277

NOME ANTERIOR
LIVANILDE ANTUNES SILVA

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2HC1420ER006999

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 100 ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 02P/0097CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.27
SEM RESTRICOES

LOCAL TERESINA DATA 15/05/2018

APRO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190282611 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. P 1 9 16 19 39

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190282611 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA MARIA ARAUJO SILVA **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO. P 1 9 16 19 39

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P 2

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: Ana Maria Araujo Silva			
RG: 1.188.946	ORG. EMISSOR: 55 p	D. EXPEDIÇÃO: 05/12/2018	
CPF: 566.007.393-04	ESTADO CIVIL: Casada	PROFISSÃO: Recurso-me	
ENDEREÇO: povoado Alegria 2/Rural sul		Nº: 51N	
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CIDADE: Teresina	ESTADO: piaui	CEP: 64039990	TELEFONE: 988150603

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: Juliana Fernandes de Araujo			
RG: 2.546.796	ORG. EMISSOR: 55 p	D. EXPEDIÇÃO:	
CPF: 028.647.423-54	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recursos-me	
ENDEREÇO: R. 03 Bl. 15 conjunto São João emílio falcão		Nº:	
BAIRRO: cnafo Rei	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP:

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIÇÃO DE MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA.

Nome da Vitima: Ana Maria Araujo Silva

Sinistro de Dpvat Cobertura: Invalidez e Dams

ACIDENTE OCORRIDO EM: 05/11/2018

LOCAL / DATA: Teresina 07/ Fevereiro 2019

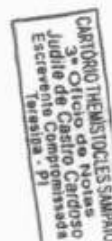
Ana Maria Araujo Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0132581/19

Vítima: ANA MARIA ARAUJO SILVA

CPF: 566.007.393-04

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: ANA MARIA ARAUJO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIANA FERNANDES DE ARAUJO : 028.547.423-54

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

ANA MARIA ARAUJO SILVA : 566.007.393-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2019
Nome: JULIANA FERNANDES DE ARAUJO
CPF: 028.547.423-54

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JULIANA FERNANDES DE ARAUJO

Paula Vargens Mendes da Costa

