
Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190122278

Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

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

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190122278

Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190122278

Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 14/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000318699-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 883.174.043-15 Nome completo da vítima: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

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

Nome completo: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento CPF: 883.174.043-15
Profissão: lua motorista (genio Carvalho) Número: 1386 Complemento: uaa
Bairro: Agua mineral Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.007-650
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99534-6565

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 318699 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 que eu concordo com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
CENTRO E SEGURADORA S.A.
Rua Coelho Neto, 100 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Teresina PI 11 de 02 / 19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

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: 883.174.043-15 Nome completo da vítima: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

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

Nome completo: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento CPF: 883.174.043-15
Profissão: Bibliotecária Endereço: Rua Motorista Genésio Carvalho Número: 1386 Complemento: Casa
Bairro: Água mineral Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64.007.650
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 318699 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 desistência de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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 PI 11 de 02 / 19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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: 883.174.043-15 Nome completo da vítima: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

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

Nome completo: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento CPF: 883.174.043-15
Profissão: lua motorista (Gensio Carvalho) Número: 1386 Complemento: uaa
Bairro: Agua mineral Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64-007-650
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 0029 CONTA: 318699 7
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ 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 renúncia ao direito de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12. FEV. 2019
CENTRO SEGURO DPVAT S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 955 - J. P. C.
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Teresina PI 11 de 02 / 19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UE		Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		30 Fratura		
	1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10 Muito Intensa 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	34 Óbito		35 Observações Interdisciplinares		
35 Observações Interdisciplinares Paciente motociclista, vítima de acidente com uso do capacete, apresentando lesões de cabeça, tórax e membros superiores. Lesões graves, com fraturas múltiplas, incluindo fratura de coluna cervical, tórax, braços e pernas. Paciente com sinais vitais instáveis, necessitando de suporte vital. Paciente com trauma abdominal e torácico. Paciente com fratura de coluna cervical e tórax. Paciente com fratura de coluna cervical e tórax. Paciente com fratura de coluna cervical e tórax.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

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: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000318699-7

Nr. da Autenticação A18FB3C1D6B15C9F



FATURAMENTO INDIVIDUAL



CTCE FORTALEZA CE G8

MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIM
R MOTORISTA GENESIO CARVALH 1386



AGUA MINERAL
64007-650 TERESINA - PI
01



1212507466007320005341885330140119

H.FLBI1759805.TXT_1.TXT

140



VENC: 20/01/2019

www.hapvida.com.br [f/hapvida.saude](https://www.facebook.com/hapvida.saude) [i/hapvidasaude](https://www.instagram.com/hapvidasaude)
SAC: 0800 290 9130 Ouvidoria: 4020 9091

O HAPVIDA NÃO POSSUI COBRADORES
DOMICILIARES. Pague seu boleto somente
nos locais credenciados.

ANS - nº36.825-3

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ma da conceição feitoria do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 883.174.043 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima ma da conceição feitoria do nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 883.174.043 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso-me Renda: Recuso-me e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso-me

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>caso</u>
Bairro <u>Centro norte</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.000.235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina PI, 11 de fevereiro de 19

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UE	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo		1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares			
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Exame Físico	24 Sinais Vitais		25 Local de lesão		
	26 Pupilas		27 Pulso		
Assistência	28 Sangramento		29 Escala de Dor		
	30 Fratura		31 Procedimentos realizados		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	34 Óbito		35 Observações Interdisciplinar		

Responsável pela recepção: _____

Socorristas Médico: _____ Enfermeiro: _____

AE/TE: _____ Condutor: _____

Paciente...: 7294367 MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

Nascimento...: 03/05/1979 Sexo: F RG.: 1543795 SSP PI CPF.: 88317404315

Endereco...: R MOTORISTA GENESIO CARVALHO 719 AGUA MINERAL TERESINA PI Tel.: 8688384844

Convenio...: HAPVIDA TERESINA

Matricula...: 30100574836002011

RPA - RECUPERACAO

Solicitante: Dr(a) MARCIO BATISTA DE C

Queixa Principal:

FRATURA

Exame:

RX - OMBRO DIREITO

!YÅu9E

5493822231

RELATÓRIO

COMENTÁRIOS

Rx de controle pós-operatório evidenciou:

Fratura completa do úmero proximal fixada por placa e parafusos metálicos.

Demais estruturas ósseas íntegras.

Inter-relação normal das peças ósseas da cintura escapular.

Aumento do volume das partes moles.

ANTONIO LOBAO VERAS FILHO - CRM 2697-PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



Rio Poty

RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 07:54

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS	Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54933561	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO	Leito: 184212/8	
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 5047 [1]	Nº: 30258985	15/11/2018	às 07:53

IDENTIFICAÇÃO

Nº Atendimento	54933561	[1]
Nome Completo	MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO	[1]
Data De Nascimento	03/05/1979	[1]
Nome Da Mãe	MARIA FELIX FEITOSA DO NASCIMENTO	[1]
Data Da Internação	14/11/2018	[1]

HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA

HDA	paciente com fratura de umero proximal de caráter cirurgico	[1]
-----	---	-----

SINAIS VITAIS

FC	60 bpm	[1]
----	--------	-----

OUTROS DADOS E SINAIS

COMORBIDADES

DIAGNÓSTICO

CID Principal	S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO	[1]
---------------	---	-----

PARECER DO ESPECIALISTA

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Encaminhamento Do Paciente	POSTO DE ENFERMAGEM	[1]
----------------------------	---------------------	-----

[Handwritten signature]
 MARCIO BATISTA DE CARVALHO
 CRM 5047
 Clínica de Traumatologia
 1501-14304

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
 EM 19/11/2018

[Handwritten signature]
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI
Atendimento: 54933561 Prontuário: 7294367

Dt. Nasc.: 03/05/1979

Convênio: HAPVIDA TERESINA

IVΛE"

Profissional: MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM 6047 Nº: 30258895 15/11/2018 às 07:49 leito: 184212

ANAMNESE

Queixa Principal

paciente vítima de acidente de trânsito com dor no ombro direito

ef: dor edema redução funcional

rx fratura do umero proximal

cd: internação para cirurgia

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

99

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

DIAGNÓSTICO

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMEMO

EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

32030088- Rx Braco (Mentro Superiore)
32030096- Rx Cotovelo
32030100- Rx Antebraco
32030118- Rx Punho: A.P - Lat - Obli
00010081- Parecer De Outras Especial
32030053- Rx Omoplata Ou Ombro-Fundi
32030096- Rx Cotovelo

CRM-4184

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Marcio Batista
CRM-6047
Medicina e Traumatologia
TEOT-18324

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
EM 19/11/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1
Profissional(is): ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO (MÉDICO CRM 721311) Nº: 30265324 15/11/2018 às 10:48		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	<p>#FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO</p> <p>Paciente vítima de acidente de trânsito evoluiu com dor no ombro direito e dificuldade para movimentação do mesmo, ao exame de Raio X de ombro avaliada por Dr. Marcio Batista evidenciado fratura proximal de úmero direito, solicitado internação e procedimento cirurgico programado para ser realizado as 7h de 16/11/18.</p> <p>Paciente queixa de dor no ombro direito, sem outras queixas e/ou sintomas associados</p> <p>Ao exame físico</p> <p>BEG, consciente, orientada, eupneica em ar ambiente, corada, hidratada, anictérica, acianótica</p> <p>Edema em ombro direito com dor a mobilização ativa e passiva do mesmo.</p> <p>CD:</p> <p>1) Jejum a partir de 00h</p> <p>2) Sintomáticos</p> <p>3) Procedimento cirurgico ja solicitado programado para as 7h de 16/11/18</p>	[1]

Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
MÉDICA
CRM - PI 7213

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 10:29

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS	Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/1	
Profissional(is): ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO, MÉDICO, CRM 7213 [1]	Nº: 30264492	15/11/2018	às 10:29

IDENTIFICAÇÃO			
Nome	MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO		[1]
Sexo	Feminino		[1]
Idade	39 A 6 M		[1]
Data De Nascimento	03/05/1979		[1]
Nº Atendimento	54938222		[1]
DADOS DO PACIENTE			
MOTIVOS DA INTERNAÇÃO			
CID10 Primário	S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERU		[1]
COMORBIDADES			
GRAU DE INDEPENDÊNCIA			
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS			
OBJETIVOS TERAPÊUTICOS			
Principal	Correção de fratura proximal de úmero direito		[1]
OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES			
ALTA HOSPITALAR			
Total De Dias	4 Dias		[1]


 Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
 MÉDICA
 CRM - PI 7213

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 09:18

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontoário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 113-RP/2

Profissional(is): LEILANE DE SOUSA FERREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 466899 [1]
SILVIA SAMARA MARQUES CAVALCANTE, ENFERMEIRO(A), COREN 158805 [2]
Nº: 30286961 15/11/2018 às 23:54
SILVIA SAMARA MARQUES CAVALCANTE COREN 158805 [3]

PACIENTE

Escolaridade	SUPERIOR COMPLETO	[1]
Profissão	BIBLIOTECARIA	[1]
Estado Civil	SOLTEIRA	[1]
Origem Do Paciente	Emergência	[1]
Data De Admissão	15/11/2018	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência	[1]
Data Da Cirurgia	16/11/2018	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	CORREÇÃO DE FRATURA DE DE ÚMERO	[1]
Pulseira De Identificação	MSD	[1]
Data Recebimento Do Paciente Na Unidade	15/11/2018	[1]
Comorbidades	HIPERTENSA	[1]
Nome, dosagem, frequência	ANLODIPINO 1X AO DIA, CONCARDIO 1X AO DIA, CODEINA SE CEFALÉIA	[1]
Alergia- Descrição	DESCONHECE	[1]
Tabagista	Não	[1]
Etilista	Não	[1]
Cirurgias Anteriores	Sim. " DE TIREOIDE, CESAREA, E UMA ORTOPEDIA"	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não	[1]
Reserva de Hemoderivados		

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	52 kg	[1]
Intolerância Alimentar	Não	[1]
Jejum	Sim	[1]
Dentição	Preservada	[2]

ECIMINAÇÕES

Intestinais	Presente	[2]
Urinárias	Presente	[2]

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não	[2]
Compreender	Não	[2]
	Não	





LTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54933561 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/8
Profissional(is): MARIA CECILIA PORTELA DE MELO ANDRADE, ENFERMEIRO(A), COREN Nº: 30259840 15/11/2018 às 08:25
265117.11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Informações Adicionais Do Paciente

PACIENTE DEU ENTRADA NA URGÊNCIA EM 14/11/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO REALIZOU RX DE MEMBRO COM IMOBILIZAÇÃO ONDE NÃO FOI VISTO FRATURA, E REALIZOU VÁRIAS TC. SOLICITADO PARECER DO ORTOPEDISTA, DR MARCIO VEIO HJ 15/11/2018 AS 07 H REALIZOU EXAME FÍSICO E SOLICITOU NOVO RX DE MSD SEM IMOBILIZAÇÃO, AVALIOU IMAGENS EM TELA E FOI DIAGNOSTICADO FRATURA DE ÚMERO DE MSD E SOLICITOU INTERNAÇÃO PARA TT CIRÚRGICO, QUE FOI PROGRAMADO PARA 16/11/2018 AS 07 H, POIS O ESPECIALISTA EM OMBRO ESTÁ VIAJANDO E DR MÁRCIO VAI PROVIDENCIAR UM AJUDANTE PARA AUXILIAR NA CIRURGIA. SEGUE ESTÁVEL AOS CDDS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

T 36.2 °C
PA 120/70 mmHg


CORREÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 16:46

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP	Leito: 113-RP/2
Profissional(is): <u>MARCELA SILVA SANCHES ENFERMEIRO(A) COREN 561323/PI</u> Nº: 30268697 15/11/2018 às 12:11		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PCTE PROVENIENTE DA EMERGENCIA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMEROS MSD (SERÁ REALIZADO AS 7H NO DIA 16/11) APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 14/11. RELATA HAS + INTOLERANCIA A LACTOSE(SIC). COF. BEG. RESPIRANDO EM AA. REALATA SER INTOLERANTE A LACTOSE E HAS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. FAZ USO CONTINUO DE CONCORDIO (5MG) + ROXFLAN (5MG). DIETA POR VO JEJUM A PARTIR DAS 22H. DIURESE ESPONTANEA. SEM QUEIXA NO MOMENTO. SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

[1]

DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos invasivos

Sim

[1]

Marcela Silva Sanches
Marcela Silva Sanches
Coren - PI 561.323 - ENF





Rio Poty

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 06:47

Paciente:	MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS DL Nasc.: 03/05/1979	Atendimento:	54938222	Prontuário:	7294367
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Posto:	POSTO 1A - HRP	Leito:	113-RP/2
Profissional(is):	FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1] RAFAELLA DE SOUSA ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 55858 [2] TATIE LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 845079 [3]				
Nº:	30266628	15/11/2018	às	11:17	
DADOS DO PACIENTE					
Data De Nascimento	03/05/1979	[2]			
Sexo	Feminino	[2]			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHA					
Hora	10:45 Hs	[2]			
Hora					
Descrição	Paciente admitida neste posto 1 de internação, proveniente do PA, em PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, física deambulando, nega HAS, DM, desconhece alergia medicamentosa, aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes e normais, em observação realizou exames de exames, paciente recusou punção venosa, a mesma relata não apresentar âlgebra no momento, segue em repouso no leito sob cogg.				
Hora	12:00 HS	[2]			
Hora					
Descrição	Verificado SSW sem intercorrências.				
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE					
Hora	18:00	[1]			
Hora					
Descrição	Pcte evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, física, mantendo AVP pérvio e funcional, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas âlgicas no momento. Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 ÀS 7:00h. A MESMA SEGUE CIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00H. Segue em repouso no leito sob cogg.				
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE					
Hora	24:00HS	[3]			





Rio Poty

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 06:47

Paciente:	MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento:	54938222	Prontuário:	7294367
Convênio:	HAPVIDA TERESINA	Posto:	POSTO 1A - HRP	Leito:	113-RP/2
Profissional(is):	FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 (1) RAFAELA DE SOUSA ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 555858 (2) TAIZE LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 845079 (3)				
Nº:	30286628	15/11/2018	às	11:17	
DADOS DO PACIENTE					
Data De Nascimento	03/05/1979	[2]			
Sexo	Feminino	[2]			
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ					
Hora	10:45 Hs	[2]			
Hora					
Descrição	[2] Paciente admitida neste posto 1 de internação, proveniente do PA, em PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO, VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, física, deambulando, nega HAS, DM, desconhece alergia medicamentosa, aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes e normais, em observação realizou exames de exames, paciente recusou punção venosa, a mesma relata não apresentar alergia no momento, segue em repouso no leito sob cogg.				
Hora	12:00 HS	[2]			
Hora					
Descrição	[2] Verificado SSV sem intercorrências.				
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE					
Hora	18:00	[1]			
Hora					
Descrição	[1] Pde evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica física, mantendo AVP pérvio e funcionante, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas algicas no momento, Administrado TILATIL CP VO CPM, AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO, PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 ÀS 7:00h, A MESMA SEGUE CIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00H. Segue em repouso no leito sob cogg.				
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE					
Hora					





Rio Poty

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

16/11/2018 06:43

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Prontuário: 7294367

Atendimento: 54938222

Leito: 113-RP/2

Posto: POSTO 1A - HRP

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Nº: 30266628 15/11/2018 às 11:17

Profissional(is): FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1]

RAFAELIA DE SOUSA APALUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 555858 [2]

TAIZE LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 845079 [3]

DADOS DO PACIENTE

[2]

Data De Nascimento

03/05/1979

Sexo

Feminino

[2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHA

[2]

Hora

10:45 Hs

Hora

[2]
Paciente admitida neste posto 1 de internação, proveniente do PA, em PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO. VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, física, deambula sem nega has dm, desconhece alergia medicamentosa, aceita dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes e normais, em observação realizou exames de exames, paciente recusou punção venosa, a mesma relata não apresentar âlgica no momento, segue em repouso no leito sob cogg.

Hora

12:00 HS

Hora

[2]
Verificado SSV sem intercorrências.

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

[1]

Hora

18:00

Hora

[1]
Pcte evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, física, mantendo AVP pérvio e funcionando, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas âlgicas no momento, Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO, PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 ÀS 7:00h. A MESMA SEGUE CIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00H. Segue em repouso no leito sob cogg.

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

[3]

24:00HS





Rio Poty

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão

15/11/2018 10:54

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI

Convenio: HAPVIDA TERESINA

Posto: PÔSTO 1A - HRP

Dt. Nasc.: 03/05/1979

Nº Prescrição: 19194963

Letto: 113-RP/1

15/11/2018 às 10:32

Atendimento: 54938222

Prontuário: 7294367

Peso: 70.00 kg

CRM-7213

Dieta hipossódica e
sem lactose
DIETA ZERO A
PARTIR DE 00H,
PROCEDIMENTO
CIRURGICO
PROGRAMADO PARA
AS 7H 16/11

24/24h ORAL

1. DIETA GERAL-ADULTO / HIPOSSODICA

CRM-7213

100mg

2. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

2 ML
100 ml

EV

SN

Alta vigilância

3. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Aqua Destilada

1000mg

2 ML
18 ml

EV

SN

4. ZOFRAN (2.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0.9%

8mg

4 ML
20 ml

EV

SN

5. TILATIL (20.00mg)

20mg

1 COMF (C/20MG)

12/12h ORAL

SN

6. PUNCAO C/ JELCO

6/6h

7. SINAIS VITAIS

Profissionais CRM-7213 ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO

Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
MÉDICA
CRM - PI 7213



RP1541

CLAUDENE LIRA SOUSA

15/11/2018 10:54

10.132.210

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 11:12

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 6047 [1] Nº: 30301825 16/11/2018 às 11:02

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S422	[1]

ANESTESIA

Hora De Início	08:40	[1]
Hora De Término	10:50	[1]

DADOS DA CIRURGIA

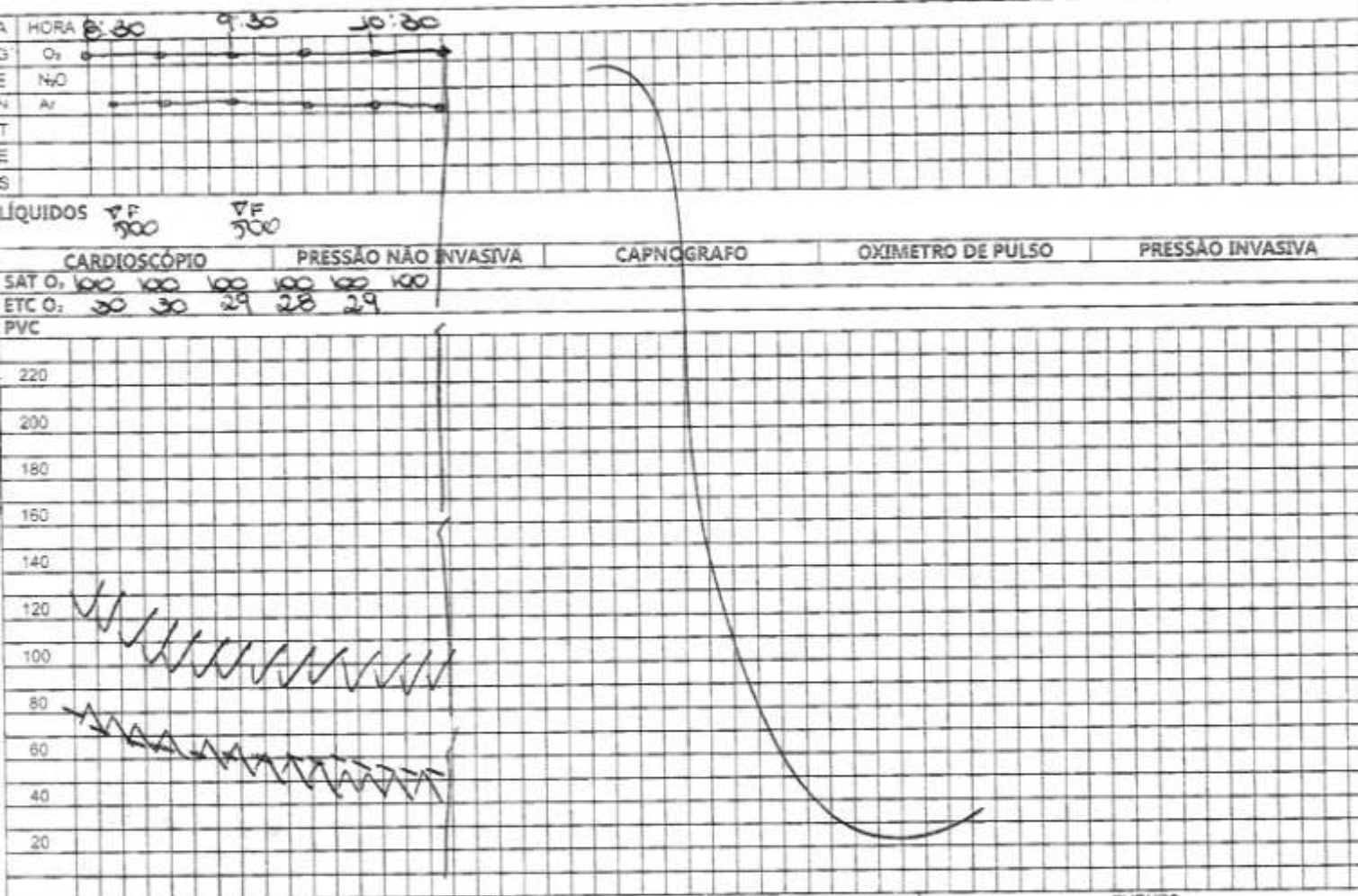
Data Da Cirurgia	16/11/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	08:40	[1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE UMERU ESQUERDO	[1]
Cirurgião	DR MARCIO	[1]
1º Auxiliar	DR DANILO	[1]
Descrição Cirúrgica	1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA 2- ASSEPSSIA, ANTISSEPSSIA, CAMPOS ESTEREIS 3- VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL, DUVULSAO POR PLANOS REDUÇÃO CRUENTA SOB RADIOESCOPIA 4- FIXAÇÃO PROVISORIA COM FIOS DE KIRCHNER 5- COLOCAÇÃO DE 2 PARAFUSOS INTRAFRAGMENTARIOS, E UM PLACA 1/2 CANA BLOQUEADA, POIS NAO VEIO PLACA CONVENCIONAL 6- RAFIA DO MANGUITO, CONTROLE RADIOLOGICO, HEMOSTASIA 7- SUTURA POR PLANOS CURATIVO ESTERIL	[1]

Dr. Marcio Batista de Carvalho
Ortop. 2 M-5047
1º Traumatologista
1-07-14004

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital
Rio Poty

Nome: Maria da Conceição Leitão Data: 16/11/18
Idade: 39a Sexo: F (☐) M (☒)
Prontuário: _____ Convênio: Hapvida
Diagnóstico: Enfermeira de número
Cirurgia: No útero Anestesia: Local
Cirurgião: Wagner ASA: 2 (HAS)



	DROGAS	
① Unidades aparelhas e mat. anestésicas: AHA, mantimentos.		B
② Osmiotipogégrafo 0,200' ③ Iendrogeft venosa - lidocaina 50mg - Entamele 250mcg - Propofol 120mg - Cristaloide Or		D
④ Oculoscopia ⑤ TOT ⑥ TPE 70 luff. Cluc ⑦ fixa TOT.		E
⑧ Velocidade arterial, impulso de lidocaina 2/ amb ⑨ Respiração 0,5% 10ml 10cm, 10cm		F
⑩ Administração :- Glaxolina 2g ¹⁵ - Oxametazona 0mg Propofol 100mg - Opióides 2g - Ondansetrona 8mg		G
⑪ Aspirina ⑫ entubação s/n interconveniências		H
⑬ 100g		I
		J

LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO
⊕ 300 mL				
⊕ 300 mL				

Condição final op: RPA

Intercorrências par. op:

Ass. Anestesiologi

Isabela Duarte Gonçalves
Médica Psicóloga
CRM 8915

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
INTELSUR SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Jd. C
São Paulo - SP
Centro - Norte CEP: 64.002470
Emissor de: Sem

Posição:	Local da Punção:
Agulha:	Técnica:
Início:	Final:
Duração:	

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 11:14

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-1/1
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 50473		
Nº: 30302445 16/11/2018 às 11:13		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO		
Evolução Do Paciente	PACIENTE FOI LEVADA AO CC E SUBMETIDA A OSTEOSINTESE DO UMERÓ PROXIMAL DIREITO, PORCEDIMENTO FEITO SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SEM INTERCORRENCIAS	[1]
CID 10	S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERÓ	[1]

Dr. Márcio Batista de Carvalho
CRM-50473
Especialista Traumatologia
TEOT-14/04

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 09:05

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS	Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-1/1	
Profissional(is): SILVIA SAMARA MARQUES CAVALCANTE ENFERMEIRO(A) COREN-PI 158805	Nº: 30295073	16/11/2018	às 09:03

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	07:00-PCTE PROVENIENTE DO POSTO DE ENFERMAGEM PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMEROS MSD; APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 14/11. RELATA HAS + INTOLERANCIA A LACTOSE(SIC), COF, BEG, RESPIRANDO EM AA, REALATA SER INTOLERANTE A LACTOSE E HAS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. FAZ USO CONTINUO DE CONCORDIO (5MG) + ROXFLAN (5MG). DIETA POR VO JEJUM A PARTIR DAS 22H. DIURESE ESPONTANEA, SEM QUEIXA NO MOMENTO.	[1]
------------------------	--	-----

CONTROLE VITAIS /MÉDIA PERÍODO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

Data	16/11/2018	[1]
Hora	07:00	[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico	Não	[1]
--------------------------	-----	-----

Silvia Samara Marques Cavalcante
Enfermeira
COREN-PI 158.805



Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1] Nº: 30295485 16/11/2018 às 09:11
LUCIANA MARCIA GOMES DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 886847 [2]
REGINALDIA DE OLIVEIRA PEREIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 52424 [3]
ROSANE SILVA CARVALHO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 426927 [4]
VALDENISE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 273400 [5]

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 03/05/1979 [3]

Sexo Feminino [3]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora 8:30 [3]

Hora

Descrição PACIENTE ADMITIDA NA SO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA PROXIMAL DE UMERÔ, NÃO APRESENTA ALERGIA MEDICAMENTOSA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, SSVV NORMAIS E MANTIDOS, ACESSO VENOSO COM JELCO 22 PELA ANESTESISTA DRA IZABELA, SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, CIRURGIÃO ASSISTENTE DR MARCIO BATISTA, COM EXAMES ANEXO TC DA COLUMNA, E LABORATORIAIS, SEGUE TRANQUILO. [3]

Hora 10:22 [3]

Hora

Descrição ADMINISTADO CEFAZOLINA, 2 GR, CETOPROFENO, DEXAMETAZONA, DAPIRONA, ONDASETRONA 8 MG, NA SO PELA ANESTESISTA DRA IZABELA, SEGUE SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM [3]

Hora 10:49 [3]

Hora

Descrição TERMINO DE PROCEDIMENTO COM SUCESSO SEGUE SEM INTERCORRENCIA. [3]

Hora 11:15 [3]

Hora

Descrição PACIENTE TRANSFERIDO PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SSVV NORMAIS E MANTIDOS, EM ATENÇÃO À SOROTERAPIA CURATIVO COM SUCESSO, SEGUE SOB CUIDADOS [3]

Hora 11:20 [4]

Hora

Descrição PACIENTE ADMITIDO NA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL MAS BLOQUEIO EM HIDRATAÇÃO VENOSA COM JELCO 22 ESPONTANEA, SINAIS VITAIS ESTAVEIS, RUA COELHO DE RESENDE 465 LOJA C SAT: 100% PO: 84, PA: 12x7, TAX: 36, OC SEM QUEIXAS NO MOMENTO [4]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

Hora 14:38 [2]

Hora

Descrição PCT RECEBE ALTA DA S.R.P.A. APOS AVALIAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA, SEGUE COM PRONTUÁRIO E EXAMES. SEM QUEIXAS. [2]

Hora 18:00 [1]

Hora

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI
Convenio: HAPVIDA TERESINA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Dt. Nasc.: 03/05/1979
Nº Prescrição: 19205714
Leito: SL-1/1

Emissão

16/11/2018

Atendimento: 54938222
Prontuário: 7294367
Peso: 70.00 kg

1 DIETA GERAL-ADULTO / HIPOSSODICA

24/24h ORAL

Dieta hipossódica e
sem lactose
DIETA ZERO A
PARTIR DE 00H,
PROCEDIMENTO
CIRURGICO
PROGRAMADO PARA
AS 7H 16/11

CRM-50

2. KEFAZOL (1.00g)
(ID1/2)

Aqua Destilada

1g

1 FRAP (C/1GR)
20 ml

8/8h EV

3. TILATIL (20.00mg)

20mg

1 COMF (C/20MG)

12/12h ORAL

4. TRAMADOL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico 0.9%

100mg

2 ML (AMPL C/100ML)
100 ml

8/8h EV

Alta vigilância

5. DAPIRONA AMP (500.00mg/ml)

Aqua Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/500ML)
18 ml

6/6h EV

6. ZOFIRAN (2.00mg/ml)

Soro Fisiologico 0.9%

8mg

4 ML (AMPL C/8MG)
20 ml

8/8h EV

7. PUNCAO C/ JELCO

8. SINAIS VITAIS

Profissionais CRM-5047

MARCIO BATISTA DE CARVALHO

6/6h

CRM-50

CRM-50

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Marcio Batista de Carvalho
CRM-5047
Otorrinolaringologista
RBO-14004

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/11/2018 12:29

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 113-RP/2

Profissional(is): DANILLO SILVA LEITE MEDICO CRM 482711 Nº: 30348794 17/11/2018 às 12:28

DIAGNÓSTICOS

CID10 S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO [1]

RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercorrências PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE DE FRATURA DO UMERO PROXIMAL DIREITO [1]

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRS - Pl 4527 TEOT. 15045

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/11/2018 12:28

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 113-RP/2

Profissional(is): DANILO SILVA LEITE MÉDICO CRM 4827 [1] Nº: 30348716 17/11/2018 às 12:27

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1DPO OSTEOSSINTESE DO UMERÓ PROXIMAL DIREITO,
PORCEDIMENTO FEITO SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SEM
INTERCORRENCIAS

[1]

SEM QUEIXAS
CURATIVO LIMPO E SECO
CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Danilo de S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 4827-1
11/11/2018 12:27

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/11/2018 06:30

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Descrição	Pcte em POI DE OSTEOSINTESE DO UMERÓ PROXIMAL DIREITO,afebril,eupnóica,sem queixas algicas,fásica,consciente ,orientada,aceita dieta ofertada,diurese presente.Segue em repouso aos cuidados da equipe.	[1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE		
Hora	19:00hs	[5]
Hora		
Descrição	Paciente segue consciente,orientada,sem queixas no momento,sob cuidados da enfermagem.	[5]
Hora	00:00hs	[5]
Hora		
Descrição	Verificado SSVV, PA 12/8, P 88, R 21; TAX 35.9; SAT 100	[5]
Hora	02:00hs	[5]
Hora		
Descrição	Realizado medicação de horário conforme prescrição medica.	[5]
Hora	06:00hs	[5]
Hora		
Descrição	Realizado medicação de horário,verificado SSVV, PA 12/8; P 75; R 20; TAX 36.5 ; SAT 95	[5]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

17/11/2018 12:27

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Prontuário: 7294367
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 113-RP/2

Profissional(is): NEMESIA PINHEIRO ANTUNES: ENFERMEIRO(A) COREN 58665 [1] Nº: 30348622 17/11/2018 às 12:24

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora 07:00 [1]

Hora

Descrição EVOLUINDO BEM NO POS-OPERATORIO, SEQUE COM HIDRATAÇÃO VENOS, AFEBRIL, EUPNEICO, MANTEM SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM. [1]

Hora 12:00 [1]

Hora

Descrição AVALIADO PELO MEDICO. AMESMA RECEBEU ALTA HOSPITALAR. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



N.º: 14/0002/14
C.º: 14/11/2014
UF: AM
2009 X 2009

HISTÓRIA DO PACIENTE
14/11/2014
14/11/2014
MARIA, DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO
C.º: 14/11/2014
Data: 14/11/2014

D



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

PI

NOME: MARIA DA CONCEIÇÃO FEITOSA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE/FÓTO EMISSOR: 1543795 SSP PI

CIV: 983.174.043-15 DATA NASCIMENTO: 03/08/1979

FRANCO: FRANCISCO DAS C DO E S DO NASCIMENTO
MARIA FELIX FEITOSA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: ACC: CAT: AN: 19/03/2023 23/01/2014

RF PROPOSTO: 05982163795

OBSERVAÇÕES: A

LOCAL: TERESINA, PI

ASSINATURA DO PORTADOR: *Maria da Conceição F. do Nascimento*

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

DATA DE EMISSÃO: 09/04/2018

38464356385
PI320488466

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1647906417

PROIBIDO PLASTIFICAR 1647906417

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

0476263

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO
22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190122278 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 14/11/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (PLACA E PARAFUSO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Maria da Conceição Feitosa do Nascimento</u>		
RG: <u>1.543.295</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>05/03/07</u>
CPF: <u>883.174.043-15</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Bibliotecária</u>
ENDEREÇO: <u>Rua Helena Genesio Corvelho</u>		Nº: <u>1886</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO:
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64007-650</u> TELEFONE: <u>86 98838 4844</u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelle Roze Soares Marques</u>		
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP-PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Recepcionista</u>
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro Norte</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

Data do acidente de trânsito: 14/11/18

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina-PI - 08/02/2019

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORAS S.A. Rua Coelho de Resende 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

RTOR 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DA CONCEIÇÃO FEITOSA DO NASCIMENTO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 08/02/2019. Selo: AAAG3609-76V7
www.t3pi.jus.br/portalestra.
JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escritora Autorizada
Escr1:13.85073:0,77 FIMP/PI:0:10 Selo:0:26 Total:4,98 - OP:377
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÃO INSTRUÇÕES SAMPÃO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 455
Centro - Norte CEP: 64.0

TERESINA CARTÓRIO DE NOTAS

Cadastro
Inscrições

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052065/19

Número do Sinistro: 3190122278

Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS

CPF: 883.174.043-15

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: MARIA DA CONCEICAO
FEITOSA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO : 883.174.043-15

Autorização de pagamento

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: 27/02/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior