

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, 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



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, 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.

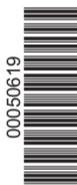
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

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

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: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: <i>Maria da Conceição Furtosa do Nascimento</i>	CPF: <i>883.174.043-15</i>		
Profissão: <i>funcionária de motorista</i>	Endereço: <i>Rua motorista Genésio Corvalho</i>	Número: <i>1386</i>	Complemento: <i>Casa</i>
Barro: <i>Aqua mineral</i>	Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64.007.650</i>
E-mail: <i></i>			Tel.(DDD): <i>(86) 99534-6565</i>

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 Dígito: 7
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: Dígito:
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Oscar
12 FEV. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura
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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

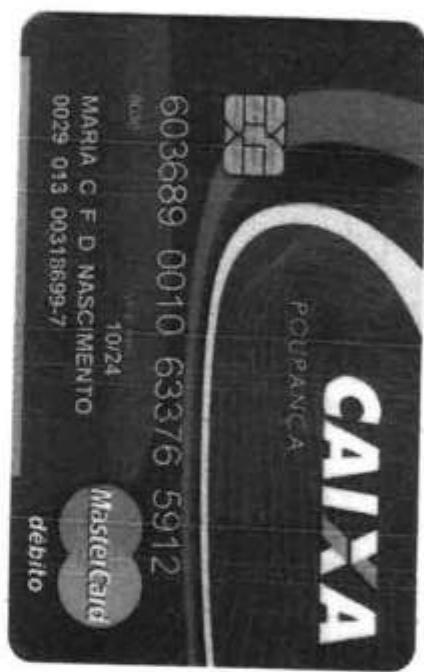
Assinatura

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 NAO 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 Furtosa 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 Furtosa do Nascimento

CPF:

883.174.043-15

Profissão:

Bibliotecária

Endereço:

Rua motorista Gênesio Corvalho

Número:

1386

Complemento:

casa

Bairro:

Águas minerais

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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 318699

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

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 invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura
12.FEV.2019

SEGUADORA LIDER
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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina PI 11 de 02 / 19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 Furtosa 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 Furtosa do Nascimento

CPF:

883.174.043-15

Profissão:

Maria motorista Gengisio Carvalho

Número:

1386

Complemento:

000

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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

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

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):

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

[Assinatura]
12 FEV. 2019

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente com base no documento acima apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa que eu renuncie ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SEGURO DE PROTEÇÃO DA VIDA S.A.
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:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Superação
diligente da
vítima/beneficiário
que assinou o
ROGO

Local e Data, Teresina PI 11 de 02 / 19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria da Conceição Furtosa do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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.



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>2031</i>	02 Data do chamado <i>14/12/18</i>	03 PRO (código) <i>1100</i>	04 Saída do PA <i>18:41</i>	05 Chegada ao local <i>18:41 / 13.12.18</i>					
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>18:49</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>19:39</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço <i>R. Antônio Gonçalves - Centro</i>	11 Bairro <i>Vila Industrial</i>	12 Município-UE <i>1746-PI</i>	Código IBGE						
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <i>FACID</i>	14 Nome <i>Maria da Conceição Souto de Oliveira</i>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado	16 Idade <i>39</i>	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros						
Exame Físico	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = <i>10</i>					
Assistência	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02	25 Local da lesão <i>Braco</i>					
Hospital de Destino	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa	30 Fratura 1-Sim Exposta Fechada	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos	32 Hospital de Destino <i>Hospital Nossa Senhora da Conceição</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	35 DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 FEV. 2019
Observações Interdisciplinar	<p><i>Pct motociclista - ciclone com uso de capacete após colisão com veículos de passageiros - resultado intenso - ferimento leve e levemente aberto, orelha quebra cervical, luxação das articulações, náuseas e vômitos. PCT negativo - pulso tibial - pressão arterial - urinário e analisa biológica - na normalidade. Pct ciclone que não desconforto cervical e gástrico. Apresenta um edema clínico que evoluiu.</i></p>									
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro 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.FLBI1759605.TXT_1.TXT

140



VENC: 20/01/2019

www.hapvida.com.br [/hapvida.saude](https://hapvida.saude) @hapvidesaude
SAC: 0800 280 9130 Dúvidas: 4620 9091

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

ANS - nº36.825-3

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ma da Concessão feita da Nascim inscrito (a) no CPF sob o Nº 883.174.043-15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima ma da Concessão feita da Nascim inscrito (a) no CPF sob o Nº 883.174.043-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reuso - me Renda: Reuso - me e apresento os documentos comprobatórios:
Reuso - 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		Número	Complemento	
<u>Rua: 24 de Janeiro</u>		<u>500</u>	<u>Cesar</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

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 2031	02 Data do chamado 14/11/18	03 PRO (código) 1001	04 Saida do PA 28/11/18	05 Chegada ao local 18/11/18 13:19					
Local da Ocorrência	06 Saída do local 28/11/18	07 Chegada ao 1º hospital 18/11/18	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital						
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Randolph - Centro	11 Bairro Centro Hospitalar	12 Município-UE 170 - PI	Código IBGE						
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência FACID	14 Nome Maria da Conceição Lutosa de Freitas	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Igualdade	16 Idade 39	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado					
Acidente de Transporte	17 Se a idade é ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulseira Resp. PA TAX. SatO2	25 Local de lesão					
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 P脉so Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 leve 2 Moderada 3 Intensa 4 Doloroso 5 Agudo 6 Muito agudo 7 Crônico 8 Muito crônico 9 Agudizado 10 Agudizado	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino Hospital Regional de Teresina	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Antes do socorro 3-Antes do transporte 4-Durante o transporte	35 DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 12 FEV. 2019
Observações Interdisciplinar	<p>Pct motociclista - idoso com uso de capacete e óculos de proteção - lesões de grau II e III e estonado, D e E - queimaduras - levemente dolorosas - lesões superiores - PCT menor - lesões de grau II e III e estonado - PCT peritônia - lesões superiores - lesões de grau II e III e estonado.</p>									

Xavier Bento)
Responsável pela recepção

Socorristas _____
Médico _____
AE/TE _____

Enfermeiro _____
Condutor _____



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HRP

Rio Poty

Nº Pedido: 28021752

Data 16/11/2018

Pag 1 de 1

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

Nascimento.: 03/05/1979 Sexo: F

RG.: 1543795 SSP PI CPF.: 88317404315

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

Convenio.: HAPVIDA TERESINA

Matricula.: 30100574836002011

RPA - RECUPERACAC

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 Integras.

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

15/11/2018 07:54

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASC. Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54933561 Prontuário: 7294367
 Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/6
 Profissional(is): MÁRCIO BATISTA DE CARVALHO, MÉDICO, CRM 5047[1] N°: 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 úmero proximal de caráter cirúrgico	[1]
-----	---	-----

SINAIS VITAIS

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

OUTROS DADOS E SINAIS

COMORBIDADES

DIAGNÓSTICO

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

PARECER DO ESPECIALISTA

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

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

54933561 15/11/2018
 POSTO DE ENFERMAGEM
 MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO
 03/05/1979
 14/11/2018
 60 bpm
 CID: S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO
 PRONTUÁRIO: 7294367
 LEITO: 184212/6
 DATA: 15/11/2018
 HORÁRIO: 07:53
 PROFESSOR: MÁRCIO BATISTA DE CARVALHO
 CRM: 5047[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
 EM: 19/11/2018
 ASSINATURA

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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

15/11/2018 07:51



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

Dt. Nasc.: 03/05/1979

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Profissional: MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM
 5047

Nº: 30256895 15/11/2018 às 07:49

IE: 184212

IVAE"

ANAMNESE

Queixa Principal

paciente vítima de acidente de trânsito com dor no ombro direito

ef: dor edema redução funcional

rx fratura do úmero proximal

cd: internação para cirurgia

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

99

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

DIAGNÓSTICO

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

CID10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

32030088- Rx Braco (Mentro Superior)

32030096- Rx Cotovelo

32030100- Rx Antebraço

32030118- Rx Punho: A.P - Lat - Obli

00010081- Parecer De Outras Especial

CRM-4184

32030053- Rx Omooplata Ou Ombro-Funci

32030096- Rx Cotovelo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

MARCIO BATISTA
 CRM-4184
 15/11/2018
 TEOT-183-4

CONFERE CI PRONTUÁRIO
 EM 19/11/2018
 AD
 AUTURA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEV. 2019

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 10:54

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 /MED/CRM/7213[1]	Nº: 30265324	15/11/2018 às 10:48

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

#FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO

[1]

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 avaliado por Dr. Marcio Batista evidenciado fratura proximal de úmero direito, solicitado internação e procedimento cirúrgico programado para ser realizado as 7h de 16/11/18.

Paciente queixa de dor no ombro direito, sem outras queixas e/ou sintomas associados

Ao exame físico

BEG, consciente, orientada, eupneica em ar ambiente, corada, hidratada, anicterica, aclandática

Edema em ombro direito com dor a mobilização ativa e passiva do mesmo.

CD:

1) Jejum a partir de 00h

2) Sintomáticos

3) Procedimento cirúrgico já solicitado programado para as 7h de 16/11/18


Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
MÉDICA
CRM - PI 7213

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO 2019

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

PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

15/11/2018 10:29

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASC.	Dt. Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convênio: HAPV/DA 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 UMERO	[1]
----------------	---	-----

COMORBIDADES:

GRAU DE INDEPENDÊNCIA:

IDENTIFICAÇÃO E OS RISCOS:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

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
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEV. 2019

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

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

16/11/2018 09:18

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

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	15/11/2018	[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, CONCORDIO 1X AO DIA, CODEINA SE CEFALÉIA	[1]
Alergia- Descrição	DESCONHECE	[1]
Tabagista	Não.	[1]
Etílico	Não.	[1]
Cirurgias Anteriores	Sim. " DE TIROIDE, CESAREA, E UMA ORTOPEDIA"	[1]
Avaliação Das Condições Emocionais	Tranquila.	[1]
Orientações Ao Paciente	Cirurgia.	[1]
Reserva de Hemoderivados	Não.	[1]
Reserva de Hemoderivados		

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

CONTENDO NÃO VERIFICADO

NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso Estimado	52 kg	12 FEV. 2019	[1]
Intolerância Alimentar	Não.		[1]
Jejum	Sim.	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	[1]
Dentição	Preservada.		[2]

ELIMINAÇÕES

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[1]

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 DIAGNÓSTICADO 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. SEGUO ESTÁVEL AOS CDDS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

CONTROLE VITAIS**SINAIS VITAIS**

T	36.2 °C
PA	120/70 mmHg

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

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	Lito: 113-RP/2	
Profissional(is): MARCELA SIBA SANCHES ENFERMEIRO(A) COREN PI 561.323	Nº: 30268697	15/11/2018	às 12:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PCTE PROVENIENTE DA EMERGENCIA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMEMO 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 Siba Sanches
Coren - PI 561.323 - ENF




REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

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	Lelito:	113-RP/2
Profissional(is):	FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM /COREN 013330 [1] RAFAELLA DE SOUSA ARAUJO TÉCNICO DE ENFERMAGEM /COREN 55589 [2] TAIZÉ LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM /COREN B45079 [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- MANHÃ

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 TRANSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, fásica, deambula do, nega has dm, desconhece alergia, medicamentos, acalma dieta oferecida, eliminações fisiológicas presentes e normais, em observação realizou exames, paciente recorreu recurso punção venosa, a mesma relata não apresentar algúnia no momento, segue em repouso no leito sob coggs.

Hora: 12:00 HS [2]

Hora:

Descrição: Verificado SSVV sem intercorrências. [2]

Hora: 18:00 [1]

Hora:

Descrição: Pts evoluti consciente, orientada, cooperativa, eupnéica, fásica, mantendo AVP pérvio e funcioneante, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas algícas no momento. Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO, PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 AS 7:00H, A MESMA SEGUO CLIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00H Segue em repouso no leito sob cogg. [1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora: 24:00HS [3]

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

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	Lelito:	113-RP/2		
Profissional(is):	FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1] RAFAELLA DE SOUSA ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 5556898 [2] TAIZE LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 843079 [3]	Nº:	30266628	15/11/2018	às 11:17		

DADOS DO PACIENTE

Sexo	Feminino.	Data De Nascimento	03/05/1979	[2]
------	-----------	--------------------	------------	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	10:45 HS	[2]
------	----------	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora	12:00 HS	[2]
------	----------	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora	18:00	[1]
------	-------	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOTA

Hora		[1]
------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora		[1]
------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora		[1]
------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora		[1]
------	--	-----

Pcte evolui consciente,orientada,cooperativa,eupnética,fásica,mantendo AVP pérvio e funcionante,aceita dieta oferecida,durese presente e espontânea,não sofre quebras álgicas no momento,Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO,PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 AS 7:00h,A MESMA SEGUO CIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00h Segue em repouso no leito sob occg.

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Rio Poty

SOCIETY FOR MEDICAL TECHNOLOGY - HOSP RIO POTY

16/11/2018 06:43

Página 1 de 1

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS	DT Nasc.: 03/05/1979	Atendimento: 54938222	Prontuário: 7294367
Convenio: HAPVIDA TERESINA	Posto: POSTO 1A - HRP		Leito: 113-RP/2
Profissional(ns): FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 019330 [1] RAFAELA DE SOUSA APARELIO TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 55858 [2]	Nº: 30266628	15/11/2018	às 11:17
TAIZ LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 845079 [3]			
DADOS DO PACIENTE			
Data De Nascimento	03/05/1979		[2]
Sexo	Feminino.		[2]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ			
Hora	10:45 Hs		[2]
Hora			[2]
Descrição	<p>Paciente admitida neste posto 1 de internação, proveniente do PA, em PRÉ-OPERATORIO DE FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, fásica, desambulando, nega has, dím, desconhece alergia, medicamentosa, aceita dieta, realizou exames de exames, paciente recusou punção venosa, a mesma relata não apresentar algúca no momento, segue em repouso no leito sob cogg.</p>		
Hora	12:00 HS		[2]
Descrição	<p>Verificado SSVV sem intercorrências.</p>		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-TARDE			
Hora	18:00		[1]
Descrição	<p>Pde evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, fásica, mantendo AVP pérvio e funcinante, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas algícas no momento Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CRURGICO, PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 AS 7:00h A MESMA SEGUÉ CIENTE QUANTO A DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00H. Segue em repouso no leito sob cogg.</p>		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES-NOTTE			
Hora			[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rio Poty

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI
 Convenio: HAPVIDA TERESINA
 Posto: PÓSTO 1A - HRP

1. DIETA GERAL-ADULTO / HIPOSSÓDICA

Dt. Nasc.: 03/05/1979

Nº Prescrição: 19194963

Leito: 113-RP/1

24/24h ORAL

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

CRM-7213

2. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MC 8/8h)	EV	SN
Alta vigilância		100 ml		CRM-7213
3. DIPIRONA AMP (500,00mg/ml) Aqua Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MC 6/6h)	EV	SN
		18 ml		
4. ZOFRAN (2,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9%	8mg	4 ML (AMPL C/8MG) 20 ml	EV	SN
				CRM-7213
5. TILATIL (20,00mg)	20 mg	1COMF (C/20MG)	12/12h ORAL	SN 18
				CRM-7213
6. PUNCAO C/ JELCO			6/6h	CRM-7213
7. SINAIS VITAIS				

Profissionais CRM-7213 ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO

Anna Catharina Feitosa Couto
 Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
 MÉDICA
 CRM - PI 7213

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEB. 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 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 BASTOS DE CARVALHO MEDICO CRM 5047 [1]	Nº: 30301825	16/11/2018	às 11:02

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO	[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	OSTEOSSINTE UMERO ESQUERDO	[1]
Cirurgião	DR MARCIO	[1]
1º Auxiliar	DR DANIL	[1]

Descrição Cirúrgica	1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA, CAMPOS ESTEREIS 3-VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL, DIVULSAO 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]
---------------------	---	-----

Marcio Bastos / Coelho
Ortopedista Traumatologista
16/11/2018
16/11/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

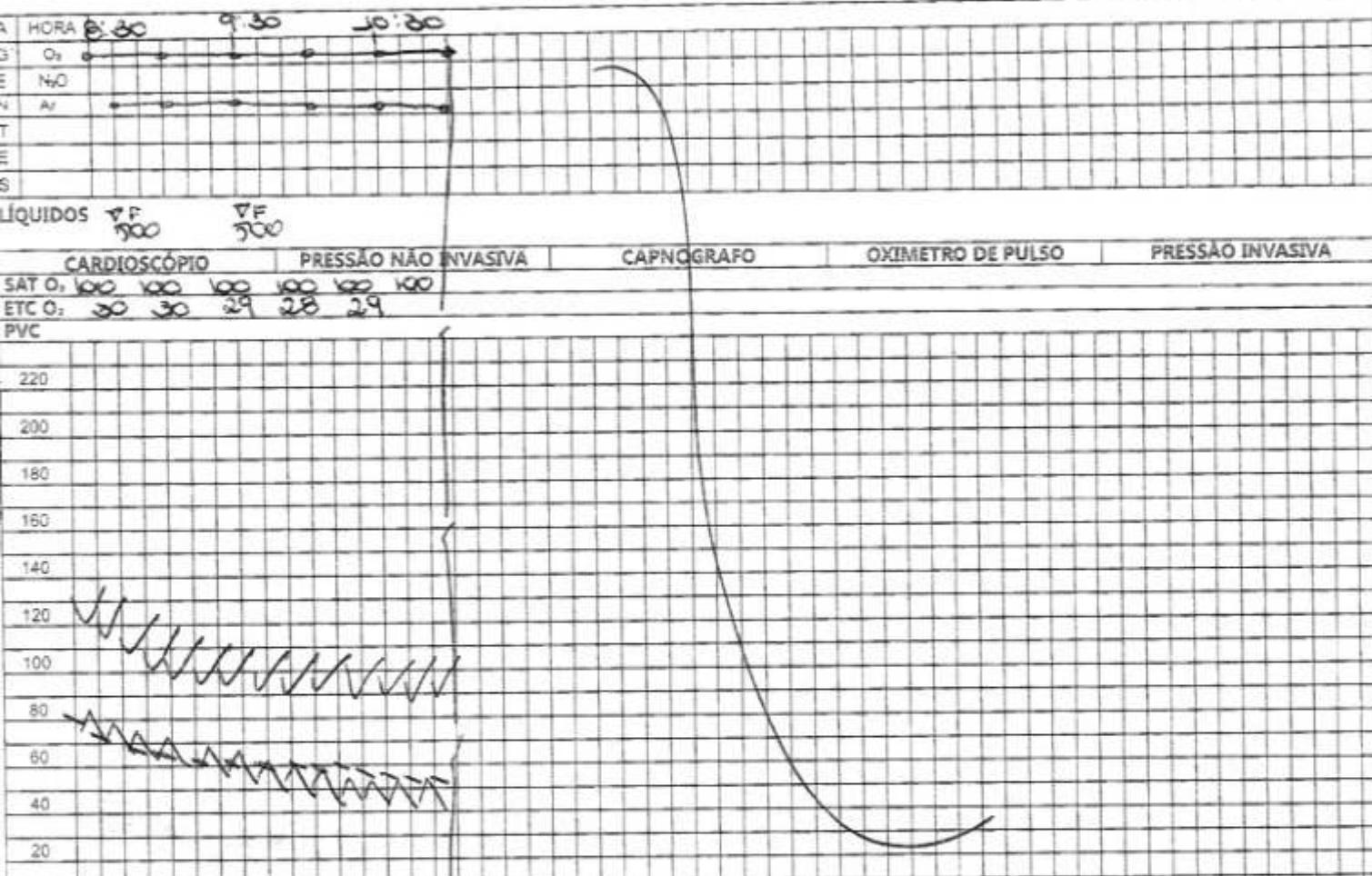
Centro - Norte CEP: 64.002-470

FICHA DE ANESTESIA

Hospital

Rio Poty

Nome: Maria da Conceição Ferreira Data: 16/11/18
 Idade: 39a Peso: _____ Sexo: F() M()
 Prontuário: _____ Convênio: Hapvida
 Diagnóstico: Fratura de úmero
 Cirurgia: No quirúrgico f Anestesia: Oural
 Cirurgião: Úmero Mário ASA: AIHAS)



DROGAS

- ① Usados aparelhos e mat. anestésicos: ASA: monitoração.
- ② Klorotetraenol 0,100% - indução venosa - lidocaina 50mg - sevoflax 250mcg - propofol 100mg - cisatracurílio 10mg - DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- ③ Laringoscopia - IOT 1/4 TOT 1/4 Uuff Ullic + TOT
- ④ Bloquio atrial, infusão lidocaina 2% 0ml - Dripetacaine 0,5% 10ml (sem soro).
- Albuterol - Glazolina 20g - Dexametasona 0,5mg
- Breumaceno 100ml - Dipirona 5g - Ondansetron 0,9mg
- ⑤ Ambroxol - extubação sem intubação
- ⑥ RPA.

EVENTO

D	DPVAT
E	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
F	
G	
H	12/11/2019
I	
J	
Entubado: S/ENT P/SEGURADORA S.A. NBBG Sonda: Rua Coelho de Resende, 455 Bairro C Mecânico	
Respiração: Espontânea Assistida C Centro - NORTE CEP: 64.002-470	
Absorvedor de: Sem Com	
Posição: Local da Puncão:	
Aguilha: Técnica:	
Início: Final:	
Duração:	

Condição final op: RPA

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiologista: Isabela Duarte Gonçalves
 Médica: Adriana Anestesiologista
 CRM 5915

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

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: 6047 / [1] Nº: 30302445 16/11/2018 às 11:13

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE FOI LEVADA AO CC E SUBMETIDA A OSTEOSINTSE
DO UMERO PROXIMAL DIREITO, PORCEDIMENTO FEITO SOB
ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SEM INTERCORRENCIAS

[1]

CID 10

S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO

[1]

Dr. Márcio Batista de Carvalho
CRM-6047
Hospedaria Traumatologica
TEOT-14004-7/8

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO 2019

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

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 ENFERMEIRA(A) COREN-PI 158805 N°: 30295073 16/11/2018 às 09:03
[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

07:00-PCTE PROVENIENTE DO POSTO DE ENFERMAGEM PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO MSD; APOS 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 CONCARDIO (5MG) + ROXFLAN (5MG). DIETA POR VO.JEJUM A PARTIR DAS 22H. DIURESE ESPONTANEA. SEM QUEIXA NO MOMENTO.

[1]

CONTROLE VITALS /MÉDIA PERÍODO

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

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

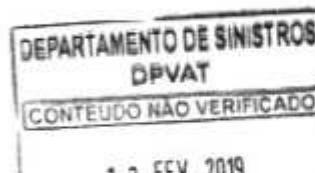
DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Não

[1]


 Silvia Samara Marques Cavalcante
 Enfermeira
 COREN-PI 158.805



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



Rio Poty

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 2

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

Profissional(is): FABIANA DAS LVA - TECNICO DE ENFERMAGEM - COREN 013330 [1]
 LUANA MARCIA GOMES DOS SANTOS - TECNICO DE ENFERMAGEM - COREN
 086847 [2]
 REGINALDUGIA DE OLIVEIRA PEREIRA - TECNICO DE ENFERMAGEM - COREN
 52424 [3]
 ROSIANE SILVA CARVALHO - TECNICO DE ENFERMAGEM - COREN 426927 [4]
 VALDENISE COSTA DOS SANTOS - TECNICO DE ENFERMAGEM - COREN
 273400 [5]

Nº: 30295485 16/11/2018 às 09:11

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 RELAIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA PROXIMAL DE UMERO, NAO APRESENTA ALERGIA MEDICAMENTOSA, CONCIENTE, ORIENTADA, FASICA, SSVV NORMAIS E MANTIDOS, ACESSO VENOSO COM JELCO 22 PELA ANESTESISTA DRA IZABELA, SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, CIRURGIO ASSISTENTE DR MARCIO BATISTA, COM EXAMES ANEXO TC DA COLUNA, E LABORATORIAIS, SEGUE TRANQUILO.	[3]
Hora	10:22	[3]
Hora		
Descrição	ADMINISTRADO CEFAZOLINA, 2 GR, CETOPROFENO, DEXAMETAZONA, DIPIRONA, 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 SOROTERAPIA CURATIVO COM SUCESSO, SEGUE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	[3]
Hora	11:20	[4]
Hora		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 FEV. 2019

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora	14:38	[2]
Hora		
Descrição	PCT RECEBE ALTA DA S.R.P.A. APOS AVALIAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA, SEGUE COM PRONTUARIO E EXAMES, SEM QUEIXAS.	[2]
Hora	18:00	[1]
Hora		



Rio Poty

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Pagina 1 de 1

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:4827/PI	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 OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO UMERO PROXIMAL DIREITO	[1]

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
Cata - PI 4827 TECI 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



Rio Poty

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

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): DANILLO SILETE [MEDICO] CRM-4827 [1] Nº: 30348716 17/11/2018 às 12:27

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

IDPO OSTEOSINTSE DO UMERO PROXIMAL DIREITO,
PORCEDIMENTO FEITO SOB ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SEM
INTERCORRENCIAS [1]SEM QUEIXAS
CURATIVO LIMPO E SECO
CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Danillo Silete
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Perna
CRM - PI 4827
-2015

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO 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		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE							
Hora		Descrição	Pkte em POI DE OSTEOSINTESE DO UMERO PROXIMAL DIREITO, afebril, eupnéica, sem queixas algícas, física, consciente, orientada, aceita dieta ofertada, diurese presente. Segue em repouso aos cuidados da equipe.	[1]			
Hora							
Hora		Descrição	Paciente segue consciente,orientada,sem queixas no momento,sob cuidados da enfermagem.	[5]			
Hora							
Hora		Descrição	Verificado SSVV, PA 12/8, P 88, R 21; TAX 35.9; SAT 100	[5]			
Hora							
Hora		Descrição	Realizado medicação de horário conforme prescrição médica.	[5]			
Hora							
Hora		Descrição	Realizado medicação de horário,verificado SSVV, PA 12/8; P 75; R 20; TAX 36.5 ; SAT 95	[5]			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 FEVEREIRO 2019

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

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

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): NEMESA PRINHEIRO ANTUNES ENFERMEIRO(A) COREN 58685 [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 OS 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 FEVEREIRO 2019

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

ANSWER

HOSPITAL AND POLY
TECHNICAL
EDUCATIONAL
COLLEGE
MANILA, DILIGENCIA, BAGUIO CITY 2600
TEL. 074-221-2627
FAX 074-221-2627
E-mail: haptc@ateneo.edu

D





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



VALIDA 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	DATA DE NASCIMENTO		
ANTONIO SOARES JUCUNDE	22/05/1971		
NATURALIDADE			
CRATEUS-CE	CERT. NASC. 529 L A1/F 141		
DOC. ORIGEM	EXP CRATEUS-CE 25/09/78		
TERESINA - PI	Pedro Gracieiro Moraes		
840.173.173-91	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
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

Valorização 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:	<i>Maria da Conceição Feteira do Nascimento</i>		
RG: 1.543.295	ORG. EMISSOR:	SSP PI	D. EXPEDIÇÃO: 05/03/07
CPF: 883.171.043-16	ESTADO CIVIL:	Solteira	PROFISSÃO: Bibliotecária
ENDERECO: Rua Icônica Genésio Pinhalho,		Nº: 1386	
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO:		
CIDADE: Teresina	ESTADO:	PI	CEP: 64007-650 TELEFONE: 86 98838 4844

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFOI 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 DESTE MANDATO.

DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Maria da Conceição Feteira do Nascimento

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Data do acidente de trânsito: 14/11/18

12 FEV. 2019

Cobertura da vítima: *Invalidez*

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 100 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002470

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

Maria da Conceição Feteira do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052065/19

Número do Sinistro: 3190122278

Vítima: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO

CPF: 883.174.043-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/11/2018

Titular do CPF: FEITOSA DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior