

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensagem, Audiência, Sistema, Acesso 1, Consulta, 0816247, (32) What, Baixar o, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=537106&ca=1715fbd6ea9ccd3862513b4f5e5494c...

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

PJE ProceComCiv 0816247-18.2020.8.18.0140
MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO X SEGURADORA LIDER DOS...

12409748 - CONTESTAÇÃO (2757266 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 08/10/2020 11:28:45

08 Oct 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12409391 - CONTESTAÇÃO
 - 12409748 - CONTESTAÇÃO (2757266 CONTESTACAO 01)
 - 12409752 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12409753 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12409754 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12409757 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2757266- C3/ 2020-03809/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 11:30 08/10/2020



08/10/2020

Número: **0816247-18.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCIMENTO (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12409752	08/10/2020 11:28	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 13940334





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

Pag. 01237/01238 - carta_03 - INVALIDEZ

00050619



Carta nº 13941581



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/10/2020 11:28:44

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100811284445700000011740537>

Número do documento: 20100811284445700000011740537



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, 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 Leitosa 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 Leitosa do Nascimento CPF: 883.174.043-15
Profissão: _____ Endereço: Rua motorista Genesio Carvalho Número: 1386 Complemento: Casa
Bairro: Água mineral Cidade: Terezina 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 ou não de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

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: Terezina PI 11 de 02 / 19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Maria da Conceição Leitosa 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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

RIO 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 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: Motorista Endereço: Rua motorista Genesio Carvalho Número: 1386 Complemento: casa
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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 318699 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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. 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
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: _____ 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.

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
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)

Beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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:

883.174.043-15

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: CPF:

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento 883.174.043-15

Profissão: Endereço: Número: Complemento:

Prof. motorista (Genésio Carvalho) 1386 casa

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Água mineral Teresina PE 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.



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

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 PE 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 s) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

IRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
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 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
	19 Vitima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança				
Acidente de Transporte	23 Glasgow 24 Sinais Vitais 25 Local da lesão				
	26 Pupilas 27 Pulso 28 Sangramento 29 Escala de Dor 30 Fratura				
Exame Físico	31 Procedimentos realizados 32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				

Insatável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Conductor



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



1212507486007320005341886330140119

H.F.L.B.I.1759805.TXT_1.TXT

140



VENC: 20/01/2019

www.hapvida.com.br /hapvida.saude @hapvidesaude
SAC: 0800 280 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 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu 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
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

DLDR1.001 V001/2017





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		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança		23 Glasgow		
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		



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HRP

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 - 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



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 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 caracter 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]


 Marcio Batista de Carvalho
 CRM 5047
 Medicina e Traumatologia
 1507-14304

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
 EM. 19/11/2019
 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		Dt. Nasc.: 03/05/1979		IVAE"	
Atendimento: 54933561		Prontuário: 7294367		Convênio: HAPVIDA TERESINA	
Profissional: MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM 5047		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 UERO			
Diagnóstico Inicial		99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>			
		99			
EXAME FÍSICO					
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?		Sim			
DIAGNÓSTICO					
CID10		S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UERO			
CID10		S422 FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UERO			
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-Funci					
32030096- Rx Cotovelo					
CRM-4184					
CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL					

Marcio Batista
CRM-5047
Fisioterapia e Terapia Ocupacional
TEOT-18524

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
EM 19/11/2018

SIGNATURA

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

R3001_MED



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: 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 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.

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, anictérica, acianótica

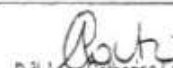
Edema em ombro direito com dor a mobilização ativa e passiva do mesmo.

CD:

1) Jejum a partir de 00h

2) Sintomáticos

3) Procedimento cirurgico ja solicitado programado para as 7h de 16/11/18


Dr. Anna Catharina Feitosa Couto
MÉDICA
CRM - PI 7213



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 UMER0						[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 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 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): ELIANE DE SOUSA FERREIRA ENFERMEIRO(A) COREN 466899 [1]
SILVIA SAMARA MARQUES CAVALCANTE ENFERMEIRO(A) COREN 163305 [2]
SILVIA SAMARA MARQUES CAVALCANTE COREN 458805 [3] Nº: 30266961 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	ANLIDIPINO 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	

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



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 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

Handwritten signature
COREN 30259840

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 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	Leito: 113-RP/2	
Profissional(is): MARCELA SILVA SANCHES ENFERMEIRO(A) COREN 561323/4		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.		
DISPOSITIVOS			
Sem Dispositivos Invasivos	Sim		[1]

Marcela Silva Sanches
 Coren - PI 561.323 - ENF





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ILTRA 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):	Nº: 30266628 15/11/2018 às 11:17				
FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1] RAFAELLA DE SOUSA ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 555858 [2] TAIZE LEMO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 045079 [3]					
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 UMEMO VITIMA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, fásica, deambula sem auxílio, 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 álgica 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] Paciente evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, fásica, mantendo AVP pérvio e funcional, aceita dieta oferecida diuturne presente e espontânea, não refere queixas álgicas no momento, Administrado TILATIL CP VO CPM AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA AMANHÃ 16/11 AS 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]				





REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

io Poty

16/11/2018 06:47

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS Dt. Nasc.: 03/05/1979 Atendimento: 54938222 Pronto-socorro: 7294367	
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Letto: 113-RP/2	
Profissional(is): FABIANA DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 013330 [1] RAFAELLA DE SOUSA ARAUJO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 555858 [2] TAIZE LEAO DA SILVA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 045079 [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	[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 ccgg.
Hora	12:00 HS [2]
Hora	
Descrição	[2] Verificado SSV sem intercorrências.
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE	
Hora	18:00 [1]
Hora	
Descrição	[1] Pcte evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, física, mantendo AVP pérvio e funcionando, 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 ccgg.
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE	

24/11/2018

16/11/2018



o Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Página 1 de 1

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

16/11/2018 06:43

Prontuário: 7294367

Leito: 113-RP/2

Atendimento: 54938222

Posto: POSTO 1A - HRP

Nº: 30266628 15/11/2018 às 11:17

Convenção: HAPVITA TERESINA

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NAS DT. Nasc.: 03/05/1979

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

RAFAELA DE SOUSA APARICIO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN

555858 [2],

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

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

03/05/1979

Sexo

Feminino

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHA

Hora

10:45 Hs

Descrição

[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 TRANSITO. Consciente, orientado, cooperativo, eupneica, fásica, deambulando, nega HAS, DM, desconhecida 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 álgica no momento, segue em repouso no leito sob cogg.

Hora

12:00 HS

Hora

[2] Verificado SSV sem intercorrências.

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

Hora

18:00

Hora

Descrição

[1] Pdo evolui consciente, orientada, cooperativa, eupneica, fásica, mantendo AVP, pérvio e funcional, aceita dieta oferecida, diurese presente e espontânea, não refere queixas álgicas 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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Poly Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI Evento: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP		Dt. Nasc.: 03/05/1979 Nº Prescrição: 19194963 Leito: 113-RP/1		Atendimento: 54930222 Prontuário: 7294367 Peso: 70.00 kg		CRM-7213
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-7213						
2. TRAMADOL (50.00mg/ml) Soro Fisiológico 0.9%						
100mg	2ML	(AMPL C/100MC	8/8h	EV	SN	CRM-7213
	100 ml					
Alta vigilância						
3. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) Aqua Destilada						
1000mg	2ML	(AMPL C/500MC	6/6h	EV	SN	CRM-7213
	18 ml					
4. ZOFRAN (2.00mg/ml) Soro Fisiológico 0.9%						
8mg	4ML	(AMPL C/8MG)	8/8h	EV	SN	CRM-7213
	20 ml					
5. TILATIL (20.00mg) Soro Fisiológico 0.9%						
20mg	1COMF	(C/20MG)	12/12h	ORAL	SN	CRM-7213
6. PUNCAO C/ JELCO						
						CRM-7213
						CRM-7213

Dr.ª Anna Carolina Fátima Couto
MÉDICA
CRM - PI 7213

ANNA CATHARINA FEITOSA COUTO

Professional's CRM-7213



10.132.210

5/1/2018 10:54

ETI AUDIENE LIRA SOLISA

RP-1541



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 5047-1 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, ANTISEPSSIA, CAMPOS ESTEREIS 3- VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL, DUVULSAO POR PLANOS REDUÇÃO CRUENTA SOB RADIOSCOPIA 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
 CRM - 5047
 16/11/2018
 11:02

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

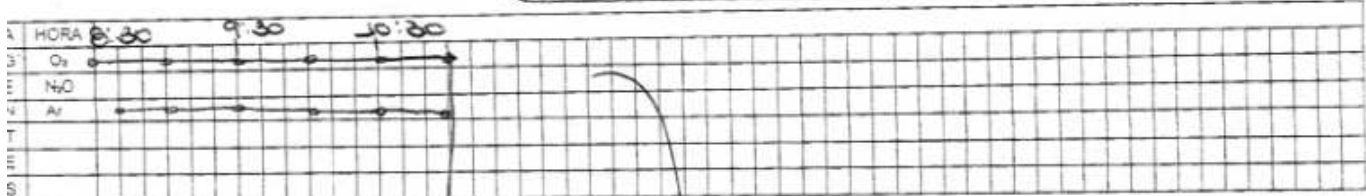


FICHA DE ANESTESIA

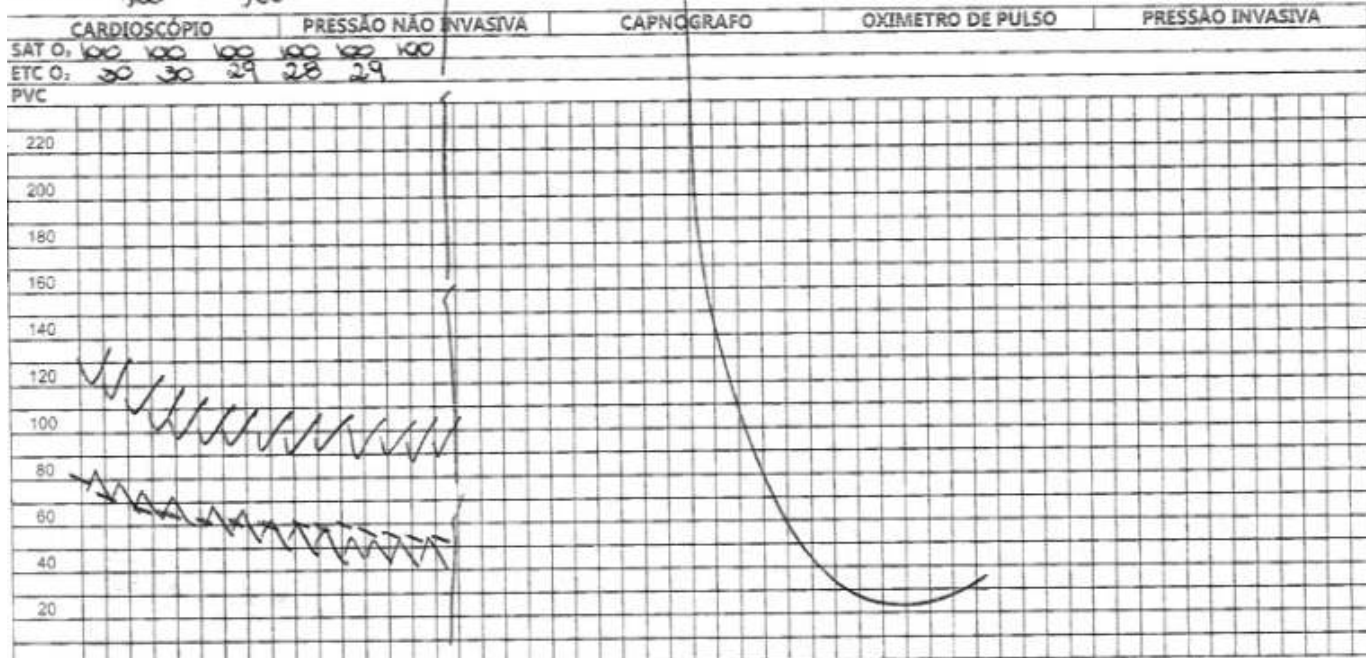
Hospital

Rio Poty

Nome: Maria da Conceição Leitão Data: 16/11/18
 Idade: 39a Peso: _____ Sexo: F () M (x)
 Prontuário: _____ Convênio: Hapvida
 Diagnóstico: Fratura de úmero
 Cirurgia: No úmérico Anestesia: Oral
 Cirurgião: úmero médico ASA: 2 (HAS)



LÍQUIDOS ∇F 500 ∇F 500



DROGAS					EVENTO	
1. Chegada aparelhos e mat. anestésicos ASA, monitoração. 2. Amitriptilina 0,100% 18ml indução venosa - lidocaína 50mg - Etomidato 250mcg - Propofol 120mg - Etarbia 10mg - Oxicodona 10mg - TOT 4/10T 4/10T 4/10T 4/10T 4/10T. 3. Videolaparoscopia 130ml 130ml 130ml 130ml 130ml. 4. Administração: Glaxolina 20,55 - Dexametasona 10mg - Etomidato 100mg - Oxicodona 10mg - Ondansetrona 8mg. 5. Aspiração e intubação sem dificuldades. 6. RPA.					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT (CONTEÚDO NÃO VERIFICADO) 12.FEV.2019 ENTESSEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 155 - Jd. C. Centro - N.º CEP: 64.002470 Absorvedor de: Sem Com Posição: Local da Punção: Agulha: Técnica: Início: Final: Duração:	
LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO		
+ 500ml						
+ 500ml						

Condição final op: RPA

Intercorrências per. op:

Ass. Anestesiista: Isabela Duarte Gonçalves
 Médica Anestesiologista
 CRM 5915

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411



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, MEDICO, CRM 50473		Nº: 30302445	16/11/2018 às 11:13
REGISTROS MEDICOS 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. Marcio Batista de
CRM - 50473
Especialista Trauma
TEOT-14004



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, ENFERMEIRO(A), COREN-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). COP. 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] EVANA 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 425927 [4] VALDENISE COSTA DOS SANTOS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 273400 [5]	Nº:	30295485	15/11/2018 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 REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA PROXIMAL DE UMEROS, NÃO APRESENTA ALERGIA MEDICAMENTOSA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, 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 COLUNA, E LABORATORIAIS, SEGUE TRANQUILO.	[3]
Hora	10:22	[3]
Hora		
Descrição	ADMINISTRADO CEFAZOLINA, 2 GR, CETOPROFENO, DEXAMETAZONA, DÍPIRONA, 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 TRASFERIDO PARA SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL E BLOQUEIO, SSVV NORMAIS E MANTIDOS, EM 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, MISE DE DRENE ESPONTANHA, SINAIS VITAIS ESTÁVEIS. RUA Coelho de Resende, 465 Loja C SAT:100% PO:84, PA:12x7, TAX:36,0C, 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		



PRESCRICAO MEDICA

Paty

Emissão 16/11/2018

Paciente: MARIA DA CONCEICAO FEITOSA DO NASCI

Atendimento: 54938222

Di. Nasc.: 03/05/1979

Evento: HAPVIDA TERESINA

16/11/2018 às 11:15

Nº Prescrição: 19205714

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

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) (D1/2)	Aqua Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR) 20 ml	8/8h	EV	CRM-50
3. TILATIL (20.00mg)		20mg	1 COMF (C/20MG)	12/12h	ORAL	CRM-50
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/100MC) 100 ml	8/8h	EV	CRM-50
Alta vigilância					SN	CRM-50
5. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	Aqua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MC) 18 ml	6/6h	EV	CRM-50
6. ZOFRAN (2.00mg/ml)	Soro Fisiologico 0,9%	8mg	4 ML (AMPL C/8MG) 20 ml	8/8h	EV	CRM-50
7. PUNCAO C/ JELCO					SN	CRM-50
8. SINAIS VITAIS					SN	CRM-50
Profissionais CRM-5047	MARCIO BATISTA DE CARVALHO		6/6h			CRM-50

Dr. Edson Dantas - CRM-5047
Ortopedia e Traumatologia
1907-14004

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

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 MÉDICO CRM 48277-1		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 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO UMERO PROXIMAL DIREITO	[1]	

Dr. Danilo da Silva Leite
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM - PI 4827 TEOT. 15045

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/2	
Profissional(is): DANILLO SILVA LEITE, MÉDICO CRM 482711	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
INTERCORRÊNCIAS

[1]

SEM QUEIXAS
CURATIVO LIMPO E SECO
CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Danilo de S.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 482711-1
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: CENTRO CIRURGICO - HRP	Leito: SL-1/1

Descrição	Pcte em POI DE OSTEOSINTESE DO UERO 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 horario conforme prescrição medica.	[5]
Hora	06:00hs	[5]
Hora		
Descrição	Realizado medicação de horario,verificado SSVV, PA 12/8; P 75; R 20; TAX 36.5 ; SAT 95	[5]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM		



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): NEMESIA PINHEIRO 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 HIDRTAÇÃO VENOS, AFEBRIL, EUPNEICO, MANTEM SOB CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]
Hora	12:00	[1]
Hora		
Descrição	AVALIDADO 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





1/1
PIXPRINTCLIENT01



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

MAE
MARIA DA CONCEIÇÃO FEITOSA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFICAD. NACIONAL
1543795 SSP PI

CIV
BR3.174.043-15

DATA NASCIMENTO
03/05/1979

PRIMEIRO
FRANCISCO DAS C DO E
S DO NASCIMENTO

MARIA FELIX FEITOSA
DO NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACC
CAT. A/B

VALIDADE
19/03/2023

VALIDAÇÃO
23/01/2014

INSCRIÇÃO
05982163795

REMARKS
A

LOCAL
TERESINA, PI

ASSINATURA DO TITULAR
Assinatura

ASSINATURA DO EMISSOR
Assinatura

DATA DE EMISSÃO
09/04/2019

36464356385
PI320488466

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1647906417

RECIBIDO PLASTIFICAR
1647906417

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 ANTONIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE	CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM	22/05/1971
CERT. NASC.	529 L 11/F 141
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78
TERESINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - 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: Maria da Conceição Feitosa do Nascimento
 RG: 1.543.295 ORG. EMISSOR: SSP PI D. EXPEDIÇÃO: 05/03/17
 CPF: 883.174.043-15 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Bibliotecária
 ENDEREÇO: Rua Itonita Genesio Corvelho Nº: 1886
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO:
 CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 64007-650 TELEFONE: 86 98838 4844

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Roze Soares Marques
 RG: 9.119.262 ORG. EMISSOR: SSP PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Recepcionista
 ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro Norte CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

Data do acidente de trânsito: 14/11/18

Cobertura da vítima: Invalidez

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 100 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002.470

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

Maria da Conceição Feitosa do Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)

RTOR 10.º 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: A3A55008-76V7 www.tjpi.jus.br/portalestra. JUIZ DE CASTRO CARDOZO Escrevente Autorizada Ecol: 13.851710.77 FMPP/PI: 010 Selo: 010.26 Total: 4.98 - OP: 377 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTEIRO THEMISTOCLES SAMPAIO
3.º Ofício de Notas
Juiz de Castro Cardozo
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.0

TERESINA CARTÓRIO J. 8116 DE NOTAS

Código
Barra



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

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 14/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FEITOSA DO NASCIMENTO

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

