

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

RG nº 025092582003-9, data de expedição 06 / 11 / 2017

Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 020.243.343-93

com domicílio na cidade de PARNARAMA, no Estado de

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

POVOADO PAIOL DO CENTRO, nº S/N

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

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

JAINARA DA SILVA CORREIA, cujo o condutor era

LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/POP 100 Ano: 2011

Placa: NXN 9245 Chassi: 9C2HB0210CR002920

Data do Acidente: 02 / 04 / 2019



Local e Data: Caxias - MA 13 de Junho de 2019

X neuzimar da Silva Correia

Assinatura do Declarante

Luis Galdino de Sousa Filho

Assinatura do Condutor

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



4º. Ofício EXTRAJUDICIAL
Reconheço por autenticidade a(s) Firma(s)

de Neuzimar da Silva
Correia - donos

Em test. da verdade
Caxias(MA) 13 de Junho de 2019

Assinatura Carlos Soares Junior
Escritor Substituto
Cartório do 4º Ofício



Regulação de Leitos

COROATÁ/CAXIAS > Solicitações > Detalhes > JANAIRA DA SILVA CORREIA

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÕES

RESPONSÁVEL:
LICOW MARQUES

TELEFONE:
(98)8221-0000

MÉDICO:
LICOW MARQUES

CRM:
6989

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

RN: NOME DO PACIENTE:
NÃO JANAIRA DA SILVA CORREIA

SEXO: NASCIMENTO: IDADE: RG: CPF: CARTÃO SUS:
F 01/09/1997 21a 7m 2d 898003405210269

MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE E TIPO DE LEITO SOLICITADO

DATA DE ADMISSÃO: 02/04/2019 ENFERMARIA: DALIA LEITO: 01 INTERNAÇÃO ATUAL: GT: NÃO

TIPO DE LEITO SOLICITADO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDIA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

PESO (Kg): DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DE FÊMUR DIREITO + FRATURA DISTAL DE FÍBULA DIREITA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR À DEAMBULAÇÃO EM MID.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM:

GRAVIDADE DO CASO: PRES. ARTERIAL: FREQ. CARDÍACA: FREQ. RESPIRATÓRIA: GLASGOW: FEBRIL:
ESTÁVEL 130X70 72 16 15 NÃO

SUORTE O2: SUPORTE HEMODINÂMICO: OUTRO SUPORTE:
Nenhum Nenhum

CATETER SVD: CATETER CVP: CATETER SNG: OUTRO CATETER:

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: NÃO CAUSA: INDETERMINADA

MEDICAÇÕES EM USO: VOLTAREN 75MG (1 dia) DÍPIRONA (1 dia)

RESULTADOS DE CULTURAS:

CULTURAS EM ANDAMENTO? NÃO PROVENIENTE DE UNI. HOSP.? SIM RELATÓRIO CCIH? NÃO

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

MOVIMENTAÇÃO

PENDÊNCIAS

1. ENVIO: Aquilino Eliseu Marques de Medeiros (solicitante) 03/04/19 *
18:59

NÃO HÁ REGISTRO DE PENDÊNCIA.



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☒ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti-Rh
☐

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parental
☐

Paciente Jainara da Silva Correia Nº AIH _____

Procedimento Anterior _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA

Paciente. Necessitando de Acompanhante

Dr. Leonardo C. Silva
Médico
C.R.M. 100.000.000

DATA

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Assinatura do CPF
São Francisco - São Luís-MA

DATA

Identificação do estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

2 - CNES
2452820

4 - CNES
2452820

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JAINARA DA SILVA CORREIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
19011041

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/1997

9 - SEXO
() Masc. (X) Fem.

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA
NÃO SE APLIC

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
PAIOL DO CENTRO, POVOADO PAIOL DO CENTRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PARNARAMA

15 - COD IBGE MUNICÍPIO
210780

16 - UF
MA

17 - CEP
65640000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vit. de aud. mot. auditiva, q. de. de mobilidade de RSD

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Int. de aud.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Normal - Ex. Fina

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Falta de Fina?

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tela

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA
Clínica

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA/EMERGENCIA

29 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

30 - Nº DOC. (CNS/CPF) DO SOLICITANTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DE SOLICITAÇÃO
03/04/2019

33 - ASSINATURA

Dr. [Assinatura]
Cristina C. [Assinatura]

PREENCHER EM CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD ORGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A

Av. [Assinatura], 100 - 400 Loja 01
São Francisco - São Luís-MA



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF / PSB

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	Leiana da Silva Loureiro		
IDADE	21	SEXO:	() MASC. (X) FEM.
ENDEREÇO			
DADOS CLÍNICOS	Gravida - 41D		
EXAMES SOLICITADOS	- Rx de Fim D / AP (Rx) - Rx de Tórax D / AP (Rx) - Rx de Tórax L / D / AP (Rx)		
DATA	03 / 04 / 19	ASSINATURA	Carimbo do Médico Solicitante
ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDO A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS			

Realizado dia 03.04.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"



(Ferreira da Silva Lúcia)

NOME:

Ferreira da Silva Lúcia

IDADE:

Regulada
Alargada
AVS

Nº Enfermaria
Nº Leito

01

01

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CVAT
CONTABILIDADE NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gêise Seguradora S/A
Av. Ma Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

DATA

Prescrição Médica - Assinatura

Horário Aplicação Medicamento

RELATÓRIO DE

M

seção

IGH - Resende J. S. O.

21 anos, sexo feminino,

acompanhada por familiares,

admitida no Hospital

de Saúde após período

de internação em unidade de

ocorrência médica, solicitação

de alta, encaminhada para

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

atendimento em unidade de

1405

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MATÕES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

REGISTROS DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 0
São Francisco - São Luís-MA

DATA: 03/04/19

NOME: Jaquima da Silva Correia
ENFERMAGEM: Dalia

IDADE: _____ SEXO: F
LEITO: 03

SINAIS VITAIS

ANOTAÇÕES

HORA	PA	TAX	FC	FR	SPO2	GLICEMIA	ESCORE DOR	HORA
06:00								08:00
12:00								Paciente acordou em leito calma níveis de atividade da motricidade prática no plano de leito, desligando a noite. Despertando livre aos
18:00	Box 70							22:15
24:00	12 x 8							Paciente acordou em leito calma níveis de atividade da motricidade prática no plano de leito, desligando a noite. Despertando livre aos
SAÍDAS								23:35
HORA	SNG	VÔMITOS	DRENOS	SVD	DIURESE	EVACUAÇÕES		Exatidão 1500 ml de urina.
06:00								
12:00								24:00
18:00								Paciente acordou no leito calma níveis de atividade da motricidade prática no plano de leito, desligando a noite. Despertando livre aos
24:00								

Hilma Mirella Costa e Silva
Enfermeira
COREN-MA: 504957

Flávia Pereira da Silva
Enfermeira
COREN-MA: 1781376

Hilma Mirella Costa e Silva
Enfermeira
COREN-MA: 504957

Flávia Pereira da Silva
Enfermeira
COREN-MA: 1781376

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

H. R. C.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

819.810.034.052.110.769 01/09/1997

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

NEUZAMAR SILVA CORREIA

A. M. A. E.

BOVATO DA RUA DO CENTRO

919 919 919 57316

MA 65161000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com ferimento de punho do lado esquerdo da mão

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

R. E. J.

S. 92

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

R. E. J.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTINUAÇÃO NÃO VERIFICADA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CHAE DA EMPRESA

43 - CBOR

14 AGO 2019

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO

UNIO SEGURADORA

Genie Seguradora S.A.

Av. Am. Jansen, nº 480 L.

São Francisco - São Luís

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: JAINARA M SILVA CORREIA Sexo: F Número: 002456 Idade: 21
Endereço Municipal: ROUVOADO BAIO DO CANTO Distrito: _____ Zona: _____
Data de Admissão: 04/04/19 Hora: 14:30 Encaminhado da Área: _____ G. Alvo: _____

Documento Nº _____ Raça Cor: _____

- | | | |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Mesma Unidade | 1.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 1.2 <input type="checkbox"/> Outro Clínico do mesmo Hospital |
| 2. <input type="checkbox"/> Outra Unidade | 2.1 <input type="checkbox"/> Ambulatório | 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital |
| 3. <input type="checkbox"/> Entrada de Emergência | 3.1 <input type="checkbox"/> Acidentado | 3.2 <input type="checkbox"/> Outros |

Data de Nascimento: 01/09/97 Naturalidade: _____ Estado Civil _____ Grau de Instrução _____

Peso kg: _____ Altura em: _____ Estado Nutricional: _____

Cobertura: _____ Instituição Previdenciária: ☐ Segurado ☐ Dependente ☐ Outros

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Nome do Responsável: _____ Vínculo de Parentesco: _____

Denominação e Endereço do Trabalho: _____

Antecedentes Clínicos: _____

Antecedentes Clínicos e Familiares: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Imediato conciso sobre a doença atual: _____

Exame Clínico: _____

Diagnóstico de Admissão: _____

Data do Diagnóstico _____ / _____ / _____

Clínica: _____ Assinatura do Médico que Admitiu o Paciente: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 0
São Francisco - São Luís-MA

F22 dos Cláudio B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9537

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO DPVAT

() NÃO SEGURADO

CONTENDO NÃO VERIFICADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETN

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - Nº DO BILHETE

44 - Nº DO BILHETE

45 - CNAE DA EMPRESA

46 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Jaiwana da Silva Correia Idade: 21 Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: ENTRAUMATIZADO Risco (Asa): II

Premedicação: _____ Hora: _____

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
	SATO	
LÍQUIDO	SOLUTO	
	SANGUE	
	OUTROS	
TEMPERATURA	°C	
P. ARTERIAL:	38	
V		
^		
PULSO	36	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	34	
X		
INÍCIO E FIM ANESTESIA	32	
⊙		
RESPIRAÇÃO	30	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: Gen

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

OXIGÊNIO
Início: _____
Término: _____

PACIENTE TRANSFERIDO
GS: _____ RH: _____ VOL: _____

Dipirona - 0,1A.

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp

Inoval _____ amp

Quelito 0,1 frFentanil 0,2 ml

Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm

SPORANE 45 mlAtropina 0,2 ampProstimine 0,2 amp

Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml

Soro Fisiológico

Água Bidestilada 10 ml

Xylocaina _____ %

Buttetyl N° 14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. José Jansen, Nº 460 Loja 03

São Francisco - São Luís-MA

Data: 24, 04, 2019Anestesista - CRM: Gen Augusto9178A

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Pinara da Silva Lins

Idade: _____ Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: _____

Premedicação: _____

Risco (Asa): _____

Hora: 15:55

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO SANGUE OUTROS	<u>ST 2000</u> <u>Equis</u> <u>filho</u>
TEMPERATURA	C°	
P. ARTERIAL:	38	
<u>160x90</u>		
PULSO	36	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	34	
X		
INÍCIO E FIM ANESTESIA	32	
○		
RESPIRAÇÃO	30	
SÍMBOLOS		
		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: _____

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

OXIGÊNIO
Início: <u>15:55</u>
Término: <u>16:50</u>

PACIENTE TRANSFERIDO
GS: _____ RH: _____ VOL: _____

TOTAL DE DOSES

Flaxedil _____ amp
Inoval _____ amp
Quelito _____ fr
Fentanil _____ ml
Valium _____ amp

Thionambutal _____ gm
Fluothane _____ ml
Atropina _____ amp
Prostúmine _____ amp
Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml
Soro Fisiológico
Água Bidestilada 10 ml
Xylocaina
Buttetyl N°

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉDOR DE MEDICAMENTO
%
12 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 450 - Lapa 03
São Francisco - São Luís-MA

Data: 23, 09, 2019

Anestesiado por: _____

Dy Henschell Carwath
Anesthesia
CRM-1082/MA

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: ZAINARA MA. NEVA CORALVA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: Obstrução de intestino

Operação: Fx de abd código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: Dr. [assinatura] us Anestesista _____

Auxiliares 1º _____ 2º _____

Instrumentadora: Dr. [assinatura] Circulante: _____

Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: [assinatura]

Acidente - Incidente: _____

Data: 11/04/19

Cirurgião- CRM [assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA



BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAIRARA DA SILVA CORREIA Apto.: _____ Leito: _____
Diagnóstico: fratura
Operação: Open + fixação código: _____
Perte: _____ us Cirurgião: _____ us Anestesista _____
Auxiliares 1º _____ 2º _____
Instrumentadora: in Circulante: _____
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).
Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica:

Open + fixação
na fratura

Acidente - Incidente: _____

Data:

27.05.16

Cirurgião- CRM

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PE 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAILARA DA SILVA CARREIA Apto.: _____ Leito: _____
Diagnóstico: fratura de fêmur
Operação: osteotomia e fixação código: _____
Perte: _____ us Cirurgião: DR. ALCIDES us Anestesiista DR. REESGEL
Auxiliares 1º DR. LUIS RICHARDO 2º _____
Instrumentadora: PAULO CESAR Circulante: RAIMUNDO
Descrição Cirúrgica: (descreva os órgãos exploradores e registre os achados patológicos).
Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Aberto

Acidente - Incidente: _____

Data: 30 / 04 / 2019

Cirurgião- CRM _____

Dr. Alcides Vitorino da S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PE: 1975

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRATO NÃO VENCIDO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

NOME: Jaquana da Silva Correia SEXO: F LEITO: 13.50
PROCEDIMENTO: Exatão Torção D. INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35
CIRUTGIÃO: DR Alcides MÉDICO AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: Quirino CIRCULANTE: Juliana + Fátima
ANESTESISTA: DR Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE ☐ PERIDURAL ☐ GERAL ☒ torbo 7.

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração n°		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	01	Cefazolina
03	Aguilha 30x8		Esponja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
01	Aguilha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray		
	Aguilha raque n°		Surgitel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°		Faixa de smarch		Neocaina pesada	03	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N		Ringer lacerado 500ml
01	Seringa 5 ml	01	Gase Vasilina unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14		Atadura de creopon n°		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16	02	Atadura de creopon n°	125	Atrupina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	01	Esparadrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jelco n° 22		Toca el elastico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02		Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg	0	Propofol
	Cordclamp	01	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	02	Mononylon n° 210		Cloreto de potássio 10%		Etranc
	Scalp n° 23		Mononylon n°	01	Decadron		Haliotang
	Scalp n° 25		Mononylon n°		Dipirona	01	ma fies long
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina		Bisturi elétrico
01	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	01	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	01	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl n° 210		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	01	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina	01	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio	01	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina	01	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanakion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar	01	Auto propua
01	Lamina de bisturi n° 24		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)	01	Encefalo
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutupak s/ agulha	04	Prosgmine	01	Soro fisiológico
02	Luvas estéreis n° 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
02	Luvas estéreis n° 6,5				Rivastigmina	01	Baba

01 Luvas - 610

Data - 11-04-19

Ass. Inf

Dr. dos Milagres O. Bezerra Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-MA-21774

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

NOME: Pinheiro da Silva Lorneia SEXO: F LEITO:
PROCEDIMENTO: Amiotomia Torácica INICIO: 15:55 TERMINO:
CIRURGIÃO: Dr. Cleides MÉDICO AUXILIAR: Dr. Lúcio Ricardo
INSTRUMENTADOR: Ana CIRCULANTE: Dr. Roberto Ribeiro
ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração n°		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	2	Cefazolina
2	Aguilha 30x8		Espunja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
2	Aguilha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray		
	Aguilha raque n° 25,7		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°	2	Faixa de smarch	2	Neocaina pesada	3	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	100	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	2	Ringer lacrado 500ml
2	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
2	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS		
2	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina		
	Cateter jelco n° 14	2	Atadura de crepon n°		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelco n° 16		Atadura de crepon n°		Atropina		Dormine
	Cateter jelco n° 18		Microporte	2	Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jelco n° 20	2 Rem	Esparradrapo		Bicarbonato de sódio	1	Dimorf
	Cateter jelco n° 22		Toca c/ elástico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelco n° 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
1	Cateter ocular O2		Sapatilha		Cortizonol 100mg	1	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp	1	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutai
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	1	Mononylon n° 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°	1	Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°	2	Dipirona		
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina		
1	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°		Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj		Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida		Ar comprimido
	Equipo de sangue	1	Vicryl n°	1	Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%		Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Geramicina		Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples n°		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples n°		Heparina		Oxigênio (O2)
5	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado n°		Kanaktion	1	Amikacin
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado n°		ketalar	1	homofina
1	Lamina de bisturi n° 24		Cat. gust. cromado n°		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutapak s/ agulha		Prosigmine		
2	Luvas estéreis n° 2,0		Cera de Osso		Pavolonsa		
2	Luvas estéreis n° 2,5						

23.04.19

DEPARTAMENTO DE INSTRUTOS
PRVAT

CONTRUO NÃO VERIFICADO

23.04.2019
Téc. em Enfermagem
COREN-MA: 431...

Gente Seguradora S/A.
Av. Ans Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

NOME: JANILMA DA SILVA CORREIA SEXO: F LEITO: 17:10
PROCEDIMENTO: OSTEOSINTESE FEMUR D INICIO: 15:15 TERMINO: 17:10
CIRURGIÃO: DR. ALCIDES MÉDICO AUXILIAR: DR. LUIS RICARDO
INSTRUMENTADOR: PAULO CESAR CIRCULANTE: RAIMUNDO
ANESTESISTA: DR. HERSCHELL ANESTESIA: RAQUE ☒ PERIDURAL ☐ GERAL ☐

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente	01	Sonda Aspiração n° 12		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração n°		Agua Oxigenada		Cefalotina
02	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica n°		ANESTÉSICOS	02	Cefazolina
02	Aguilha 30x8		Esponja gel n°		Xylocaina gel		Gentamicina
02	Aguilha 40x12		Cottonoide n°		Xylocaina spray	01	DR. ALCIDES
01	Aguilha raque n° 25		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aguilha raque n°		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha peridural n°		Faixa de smarch		Neocaina pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gases		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	03	Ringer lacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico n°		MEDICAMENTOS	01	RAIMUNDO
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico n°		Adrenalina	01	BEATRIZ
	Cateter jelo n° 14	06	Atadura de crepon n° 5		Aminofina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jelo n° 16		Atadura de crepon n°	03	Atropina		Dormine
	Cateter jelo n° 18		Micropire	03	Água destilada		Dornot / dolosal
01	Cateter jelo n° 20	x	Espandrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jelo n° 22	x	Toca c/ elastico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jelo n° 24	x	Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular 02		Sapatilha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordclamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembatal
	Scalp n° 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp n° 21	04	Mononylon n° 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etrane
	Scalp n° 23		Mononylon n°		Decadron		Hallotano
	Scalp n° 25		Mononylon n°	02	Dipirona	01	BOBACALHA
	Scalp n° 27		Mononylon n°		Dobutamina	01	CEZAR
	Equipo inj. Lateral		Polycot n°		Efortil		Taxas Equipamentos
01	Equipo polifix 2 vias		Polycot n°	01	Efedrina	x	Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot n°		Ergotrate inj	x	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot n°		Furozemida	x	Ar comprimido
	Equipo de sangue	03	Vicryl n° 4		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose n°		Vicryl n°		Glicose 25%		Rx em sala
01	Dreno sucção n°		Vicryl n°		Glicose 50%	x	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit n°		Vicryl n°		Garamicina	x	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado	01	Cat. gast. simples n° 2,0		Gluconato de Cálcio	x	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gast. simples n°		Heparina	x	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gast. simples n°		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gast. cromado n°		Kanakion		
01	Pulseira para RN		Cat. gast. cromado n°		ketalar		
01	Lamina de bisturi n° 21		Cat. gast. cromado n°		Metaciopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi n°		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart n°		Fios Sutopak s/ agulha		Prostgmine		
03	Luvas estéreis n° 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
03	Luvas estéreis n° 6,5						

02 7,0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Raimundo Francisco Pedra de Deus
COORDENADOR
COREN-MA: 590.698
30/014/ABR 2019

BR 316 - Sentido Caxias - Teresina, entre km 563 a 564
CNPJ: 07.229.374/0005-56

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 04/04/19

NOME

IDAIDE

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 HS	
4-TRAMAL 100 +100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 1X DIA	
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 8/8 HS	
7-CCGG	

Handwritten signature: M. de Souza

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **06/04/19**

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

**FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO**

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN	

*Dr. [illegible] Filho
Otorrinolaringologista
CRM-MA: 2020 / CRM-PE 1976*

1191-930.212

[Handwritten signature]
COPR-MA-2019-02 - ENF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA



PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 07/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-CCGG

8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN

9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO

NT

SF: 500 + 500
06:00
08:00
10:00
12:00
14:00
16:00
18:00
20:00
22:00

Atenção

Fco dos Santos B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9517

Kellya Lacerda Braga
Enfermeira
COREN - MA 427.775

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRATO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 08/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
.GURADA HEMOTRANSFUSAO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-LOSARTANA 50MG - COMP VO 12/12H

R - (FT) MP 100 fls - 12-14

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

12

500

Dr. José Ronaldo Nogueira Reis
Ortopedia e Traumatologia
SBOT 14284
CRM 122.842

Dr. José Ronaldo Nogueira Reis
Ortopedia e Traumatologia
SBOT 14284
CRM 122.842

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 09/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
07/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-CCGG

Dr. José Antônio Rocha Reis
Ortopedia e Traumatologia
CRM/TEST 14281

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 10/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGURADA HEMOTRANSFUSAO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-CEFALOTINA 1G 1FR+AD EV 6/6H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-LOSARTANA 50MG---1 COMP VO 12/12H

8-TALA 1207A GESSADA

Dr. José Carlos de Jesus Sales
Ortopedia-Traumatologia
CRM-MG 854 384.964.967-91

Dhenck Lima
CORREN-MA: 592 443

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 11/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
GURADA HEMOTRANSFUSAO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN

3-CEFALOTINA 1G 1FR+AD EV 6/6H

4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOB

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H

7-LOSARTANA 50MG--1 COMP VO 12/12H

8 RANITIDINA 1AMP ED 8\8 HRS

9 - CEFAL 1g + m -

6/12

10 - Tramal 2cc + m -

12

Fco dos Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.000

CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975

CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975

CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975
CRM 20.000 / 1975

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 12/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGURADA HEMOTRANSFUSAO
10/04/2019 1 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

- 1- Dieta PARA HAS
- 2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h
- 3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h
- 4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D1
- 5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h
- 6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS
- 7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H
- 8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H
- 9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA
- 10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS
- 1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS
- 12- Fisioterapia Respiratória e Motora
- 13- Curativos Diários
- 14- SSVV + CCGG

Luis Ricardo da Luz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38053

Keylla Lacerda Braga
Enfermeira
CRM-MA 477.777

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 13/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGURADA HEMOTRANSFUSAO
/04/2019 2 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

- 1- Dieta PARA HAS
- 2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h
- 3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h
- 4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2
- 5- Dípirona 1 amp + AD EV de 6/6h
- 6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS
- 7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H
- 8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H
- 9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA
- 10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS
i- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS
- 12- Fisioterapia Respiratória e Motora
- 13- Curativos Diários
- 14- SSVV + CCGG

NT

NT

18 06
18 06
06

Charlton Honor de A. Sousa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4209 / CRM-MA 845
TEOT 14743

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

Idália Pereira Rodrigues
Enfermeira
CREN 287.194

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICAENFERMARIA **33**LEITO **69**ALA **03**DATA **14/04/19**

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D
LICITO HMG

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS //	
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	
8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H	
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS //	
11- Paracetamol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS //	
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

Charlton Junior de A. Sales
Otorrinolaringologista
CRM-MA 8451
TEL 14743

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 15/04/19

NOME

IDADE

JAINARA DA SILVA CORREIA

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D
LICITO HMG

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

Charlton Ivonor de A. Sousa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 4209 / CRM-MA 845
TEOT 14743

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 16/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D
PRE OPERATORIO
FRATURA DE TORNOZELO D
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES
14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D
SOLICITO HMG

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	Dieta para Has
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	11:30h chv
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18h 24h 06h 18h
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18h 24h 06h 18h
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18h 24h 06h 18h
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SW
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18h 24h 06h 18h
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)	-
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06h
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	SW
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	SW
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	-
13- Curativos Diários	-
14- SSVV + CCGG	-

Dr. Marcos Vinícius S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 3328 / CRM-PE 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

Jessica Marinho P. Soares
COREN - MA 10679 - ENF

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 17/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

SOLICITO HMG

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

- 1- Dieta PARA HAS
- 2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h
- 3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h
- 4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2
- 5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h
- 6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS
- 7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H
- 8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)
- 9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA
- 10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS
- Paracetamol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS
- 12- Fisioterapia Respiratória e Motora
- 13- Curativos Diários
- 14- SSVV + CCGG

Dr. José Carlos de Jesus Sales
Ortopedia-Traumatologia
CRM-MA 834 CPR 384.964.967-91

Seide Perine
28/4/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 18/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

13/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D7

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

Luis Ricardo da Luz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3803

Krylla Casella Braga
Enfermeira
COREN - MA 427.775

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 19/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 3 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D8

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

11- Paracetamol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

15 - EXERCICIO VESICAL P RETIRADA DA SONDA

Fgo dos Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
14-55551Fgo dos Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
14-55551DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 20/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 9 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

EXAMES HMG/VHS/PCR ALTERADOS MANTER ATB

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D9

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

11- Paracetamol 500 mg—1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

15 - EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA

Dr. Ricardo da Luz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1803

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

Diogenes Lima
Entregador

CPF: 000.000.000-00

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 21/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

14/04/2019 9 DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR D

14/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

EXAMES HMG/VHS/PCR ALTERADOS MANTER ATB

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS					
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h					
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h					
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D10					
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h					
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS					
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12h					
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12h (SUSPENSO)					
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA					
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS					
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS					
12- Fisioterapia Respiratória e Motora					
13- Curativos Diários					
14- SSVV + CCGG					
15 - EXERCICIO VESICAL PARA RETIRADA DA SONDA					

Luis Ricardo da Luz Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3803Jéssica Marques
COORDENADORADEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRATADO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 22/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CIRURGIA DO TRAUMA

ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM MA 6028 | SBUS 05785/16 | RQE 2082Kelya Cecília Braga
Enfermeira
COREN - MA 527.773DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 23/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

GUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

HOJE

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

- 1- Dieta ZERO *lin*
- 2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h
- 3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h
- 4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11
- 5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h
- 6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS
- 7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H
- 8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)
- 9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA
- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS
- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS
- 12- Fisioterapia Respiratória e Motora
- 13- Curativos Diários
- 14- SSVV + CCGG

06 06 06 12
18 18 18 12
18 24 06 12

*06**06*

GRM-MAR 2019 PL 1976

Jessica M. Soares
COREN - MA 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA **33**

LEITO **69**

ALA **03**

DATA **24/04/19**

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta LIVRE

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12h

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

15- TIA 4L 100 + 100 ml SI 0.9% EV 8/8h 12h

SN

Dr. José Carlos de Jesus Sales
Ortopedia-Traumatologia
CRM-MA 894 CPF 384.951-91

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 25/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

GUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

DIA 23 04 REALIZADA FIXAÇÃO TNZ D

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta LIVRE

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

Dr. Alcides Vilarinho de S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA-2828 / CRM-PR-4026

Atencão

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MADiagnóstico
CORREN. MA 3011 545

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 26/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D (11/04/2019 REALIZADA FE DE FEMUR)

FRATURA DE TORNOZELO D

08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE/HEMOG NÃO INFECCIOSO

09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS

AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

DIA 23 04 REALIZADA FIXAÇÃO TNZ D

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1- Dieta LIVRE

2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h

3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11

5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h

6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS

7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12h

8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS

1- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

Dr. José Francisco de A. Costa
Ortopedia e Traumatologia
SBOT/TEOT 14281
CRM-MA 8475

Ana Karina dos S. C. Coelho
Enfermeira
COREN-MA 184900

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRATO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 27/04/19

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃOFRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRATURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSÃO FMUR**PRESCRIÇÃO****HORÁRIOS**

1-DIETA ORAL LIVRE

2-SF 0,9 % -EV 20 GOTAS/MIN


3-DIPOIRONA 2CC+AD-EV 8/8 HS S O S

4-CETOPROFENO 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 HS

6-CCGG

7-CCGG


Dr. Alcides Vilarinho de S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PE 1976DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA **36**

LEITO **76**

ALA **03**

DATA **28/04/19**

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRATURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSAO FMUR

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA ORAL LIVRE

2-SF 0,9 % -EV 20 GOTAS/MIN

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS (805)

4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 HS (805)

6- CCGG

7-

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4369-TEOT 1437

Jéssica Rodrigues
Enfermeira
COREN 287.194

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICAENFERMARIA **36**LEITO **76**ALA **03**DATA **29/04/19****JAINARA DA SILVA COREEIA**

IDADE

21**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO**FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRATURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSAO FEMUR**PRESCRIÇÃO****HORÁRIOS**

1-DIETA ORAL LIVRE

2-SF 0,9 % -EV 20 GOTAS/MIN

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS S O S

4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H

6- CCGG

Dr. José Inácio Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14281
CRM 1428175Tânia M. M. de Sousa
COREN-PR 2011-215DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**14 AGO 2019**Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 30/04/19

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRATURA DE TNZ FIXADA
SO FEMUR D HOJE

P. r

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA ORA LZERO

2-SF 0,9 % -EV 20 GOTAS/MIN

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 H8 20/5

4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H

6- CCGG

2 + 16h 20/5 - 10/5

Luis Ricardo Luiz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-20027

atenção

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 01/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRATURA DE TNZ FIXADA
1DPO**DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO****PRESCRIÇÃO****HORÁRIOS**

1-DIETA ORA LIVRE

2-SF 0,9% 1500ML IV P 24H

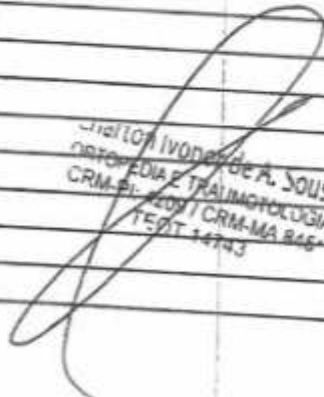
3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS S O S

4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12 H

6-TENOXICAN 20MG 1AMP + AD IV 12/12H

7-ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA


Dr. Jaelton Ivone de A. Sousa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2091 / CRM-MA 845
TELEFONE 14743
Dr. Rivaldo Lima Barros
Enfermeiro
COREN-MA 230.660DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 02/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA

LOADS

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

9 PO FRATURA TNZ D
2 DPO FRATURA FEMUR D

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA ORA LIVRE

2-SF 0,9% 1500ML IV P 24H

3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS

4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 12/12 HS

5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12.H

6- TENOXICAN 20MG 1AMP + AD IV 12/12H

7- ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA

8-HEMACEAS -01 BOLSA 15 GOTAS/MIN

9-CAPTOPRIL 50 SL 01 COMP. AGORA

10-LOSARTANA 50 01 COMP. A NOITE

4-CCGG

Dr. Alcides Vilarinho de S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA-2828 CRM-PL-1976

Kyria Lafonte Gough
Enfermeira
COREN - BA 027.778

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO MEDICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ane Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

FICHA SOCIAL

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL DR. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO

ENDEREÇO: BR 316, Sentido Caxias - Teresina, entre Km 563 e 564 - CAXIAS - MA

Nº DO PRONTUÁRIO

NOME:

Maíllara da Silva Correia

() MASCULINO

(X) FEMININO

NOME SOCIAL:

CARTÃO SUS:

898003405210269

RAÇA/COR(AUTODECLARADO)

ENDEREÇO:

Povoado Pau do Centro

PONTO REFERÊNCIA

TELEFONE:

98852362

NATURALIDADE

Correia

DATA DE NASCIMENTO (IDADE)

12/09/1997

22 anos

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

() SIM () NÃO

QUAL?

DOCUMENTOS QUE POSSUI

() RG () CPF () CTPS () CNH () CERTIDÃO DE NASCIMENTO

AÇÃO

Neuzilmar Silva Correia

ESCOLARIDADE

Curso médio

PROFISSÃO

Horradora

ESTADO CIVIL

Casada

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (RESIDENTE COM O USUÁRIO)

NOME

IDADE

GRAU DE PARENTESCO

ESCOLARIDADE

OCUPAÇÃO

Mãe

Esposa

RENDIA FAMILIAR

R\$ 700,00

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO RECEBIDO

() BPC () BOLSA FAMÍLIA () AUXÍLIO DOENÇA () SALÁRIO MATERNIDADE () OUTROS

ACOMPANHANTE

Neuzilmar

GRAU DE PARENTESCO

Mãe

TELEFONE

SETOR

ALA - 03 ENF 33 LEITO 69

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura femur

PROCEDÊNCIA

Paruaraua

DATA DA ADMISSÃO

DATA DA ALTA

DATA DA TRANSFERÊNCIA

DATA DO ÓBITO

04.04.2019

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPVAT
CONTRATO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís - MA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

049613802013-0 30/08/2013

JAINARA DA SILVA CORREIA

JURACI RODRIGUES CORREIA E NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

CAXIAS - MA

NASC. N.52.605 FLS.A189 LIV.A65

615623373-35

P-228

DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

DATA DE EMISSÃO

01/09/1997

VIA-01

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

LTN7/116 DE 280MG

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

049613802013-0 30/08/2013

JAINARA DA SILVA CORREIA

JURACI RODRIGUES CORREIA E NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

CAXIAS - MA

NASC. N.52.605 FLS.A189 LIV.A65

615623373-35

P-228

DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

DATA DE EMISSÃO

01/09/1997

VIA-01

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

LTN7/116 DE 280MG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Andressa Laurinda da Costa Sousa

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

VALIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDADE

2.956.420

DATA DE EMISSÃO 09/11/18

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA

JOSÉ DE RIBAMAR SOUSA

TERESINA-PI

15/07/1993

CERT. NASC. 60160 L 128 F 24

EXP TIMON-MA 11/08/93

055.031.113-03

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93 - CRIMENTO Nº 88.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

CONTRAV

DENTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

11600464595304 Nº 012477379773

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 464595304 2016

NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

020 243 343-93 NXN9245

V. NOV 74 902HB0210CR002920

PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/PCP100 2011 2012

00002P/0097 C PARTICU VERMELHA

1 01 18/03/15 4000000000

2 01 18/03/15 2000000000

3 01 18/03/15 3000000000

4 01 18/03/15 4000000000

5 01 18/03/15 5000000000

6 01 18/03/15 6000000000

7 01 18/03/15 7000000000

8 01 18/03/15 8000000000

9 01 18/03/15 9000000000

10 01 18/03/15 1000000000

11 01 18/03/15 1100000000

12 01 18/03/15 1200000000

MA Nº 012477379773 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTR E O SEU GARANTE DO SEGURO DPVAT

020 243 343-93 NXN9245

11600464595304

020 243 343-93 NXN9245

464595304 HONDA/PCP100

2011 09 902HB0210CR002920

129,08 14,38

4,15 1,11

18/03/15 18/03/15

18/03/15 18/03/15

18/03/15 18/03/15

18/03/15 18/03/15

18/03/15 18/03/15

18/03/15 18/03/15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03

São Francisco - São Luís-MA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190478626 **Cidade:** Parnarama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA **Data do acidente:** 02/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO
FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.14,17,37,44,49) -FIXAÇÃO EXTERNA- FÊMUR E TORNOZELO DIREITO-ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: JAINARA DA SILVA CORREIA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA

IDENTIDADE: 049613802013-0

CPF: 615.623.373-35

PROFISSÃO: ESTUDANTE

ENDEREÇO: POVOADO PAIOL DO CENTRO Nº 15106 BAIRRO: CENTRO – ZONA RURAL

CEP: 65640-000 TELEFONE: (99) 3577 4020 (86) 99819 1714

COBERTURA: INVALIDEZ E DAMS DATA DO ACIDENTE: 02.04.2019

OUTORGADO:

NOME: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

IDENTIDADE: 2.956.420 SSP-PI

CPF: 055.031.113-03

PROFISSÃO: AUTONOMA

ENDEREÇO: RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO

CEP: 65636-230

TELEFONE: 86-99819 1714 86-98836 3230

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a VITIMA: JAINARA DA SILVA CORREIA



Caxias - MA 13 de Junho de 2019.

(local e data)

Jainara da Silva Correia
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro



9ª Vara Extra-Judicial
Reconheço por autenticidade a(s) Firma(s)
de *Jainara da Silva Correia*

Em test. *[Signature]* da verdade
Caxias/MA 13 de Junho de 2019

[Signature]
Escrevente Substituto
Cartório do 4º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278182/19

Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA

CPF: 615.623.373-35

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/04/2019

Titular do CPF: JAINARA DA SILVA
CORREIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

JAINARA DA SILVA CORREIA : 615.623.373-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: Ellayne da Silva Costa
CPF: 043.601.813-61

Ellayne da Silva Costa

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190478626

Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAINARA DA SILVA CORREIA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190478626

Vítima: JAINARA DA SILVA CORREIA

Data do Acidente: 02/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAINARA DA SILVA CORREIA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JAINARA DA SILVA CORREIA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000095908-0**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 655.623.373-35 4 - Nome completo da vítima: Jaimara da Silva Correia

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

5 - Nome completo: Jaimara da Silva Correia 6 - CPF: 655.623.373-35
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Pau. Paol do Centro 9 - Número: 35/06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Parnarama 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65640-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99 - 3577 4020

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8606 CONTA: 95908

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Gente Seguradora S/A.

Av. Anís Jansen, Nº 480 Loja 0

São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timon - MA 08 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA



GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNARAMA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 303 / 2019



54.446

CÓDIGO DO REGISTRANTE: 2397 DATA DO REGISTRO: 05/07/2019 09:11:12
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 2/4/2019 19:09:00
LOCAL DA OCORRÊNCIA: POVOADO PAIOL DO CENTRO

COMPLEMENTO DO END.: ZONA RURAL

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: PARNARAMA

ESTADO: MA

COMUNICANTE

JAINARA DA SILVA CORREIA

EST. CIVIL: CASADO

NASCIDO EM: 1/9/1997

FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PROFISSÃO: LAVRADOR(A)

ENDEREÇO: POVOADO PAIOL DO CENTRO

BAIRRO: NÃO INFORMADO

TELEFONE(S): (99) 3577-4040

NATURALIDADE PARNARAMA
RG/ÓRGÃO 049613802013-0-SSP/MA

SEXO: FEMININO
NACIONAL:
CPF: 61562337335

CEP: 65640-000
NÚMERO: S/N
CIDADE: PARNARAMA
COMPLEMENT ZONA RURAL
Estado: MA

RELATO DA OCORRÊNCIA:

A COMUNICANTE RELATA QUE AO IR NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA/POP100, COR VERMELHA ANO/MODELO 2011/2012, PLACA NXN-9245/MATÕES-MA, CHASSI 9C2HB0210CR002920, LICENCIADA EM NOME DE NEUZIMAR DA SILVA CORREIA, PILOTADA POR LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO BATER EM UM CACHORRO QUE SE ENCONTRAVA NA ESTRADA, CAUSANDO CACI DENTE. QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A COMUNICANTE SOFREU LESÕES CORPORAIS. O CONTEÚDO DO RELATO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

REGISTRO B.O. PARA FINS DE DIREITO



Jainara da Silva Correia
Comunicante

Juanes Batista da Silva
Escrivão de Polícia Civil
Escrivão(a)

Késsya Walkemira Lima Costa
Registrante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 655.623.373-35 4 - Nome completo da vítima: Jaimara da Silva Correia

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

5 - Nome completo: Jaimara da Silva Correia 6 - CPF: 655.623.373-35
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Pau. Paol do Centro 9 - Número: 35/06 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Parnarama 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65640-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99-3577 4020

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 8606 CONTA: 95908

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____

Gente Seguradora S/A.

Av. Anís Jansen, Nº 480 Loja 0

São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timon - MA 08 de Agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 23878 - JAINARA DA SILVA CORREIA

NASC.: 01/09/1997 IDADE: 21

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS:

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: CASADO(A)

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA: NAO SE APL

NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

OCUPAÇÃO:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IDENTIDADE

N° DOC.: 049613802013-0

N° CPF:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: RAMAL PAIOL DO CENTRO, N°

BAIRRO: POVOADO PAIOL DO CENTRO

CIDADE: PARNARAMA

TELEFONE:

UF: MA CEP: 65640000

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

ALERGIA:

AAS

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

ENCAMINHAMENTO: CLINICA MEDICA

Diabético ☐ Hipertenso ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. e Carimbo do Profissional

DATA DA ENTRADA: 02/04/2019 19:09

SINAIS VITAIS	PESO kg	PRESSÃO ARTERIAL mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO bpm	SAT. O2 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
	30	110/60		70	99		

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

Paciente feminina, 30 anos, com queixa de dor no membro inferior direito, iniciada há alguns dias, agravada com a marcha.

DIAGNÓSTICOS:

Fratura fêmur I

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX Coxa Femoral (AP e PP)

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

- cd: ① Analgésico Plaqu + AD EV 8/8h 30/30 (04:30)
② SFV 0.9% 250ml IV ± 20 (17:30)
③ Dipirona 200 + AD EV 6/6h 30/30 (02:30)

OBSERVAÇÃO: (X) SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA: () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE RESPONSÁVEL

GUIA EMITIDA POR: bentosantos

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

ADMISSÃO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

Dados do Paciente

PACIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA
CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO DATA NASC.: IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias
NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA ESTADO CIVIL: CASADO(A) RAÇA/COR: PARDA
OCUPAÇÃO: NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA
TIPO DOC.: IDENTIDADE N° DOC.: 049613802013-0 N° CPF: ESCOLARIDADE: EMAIL:
LOGRADOURO: PAIOL DO CENTRO
BAIRRO: POVOADO PAIOL DO CENTRO CIDADE: PARNARAMA UF: MA CEP: 65640000

Dados referentes a internação

Posto: POSTO DE ENFERMAGEM Enfermaria: DALIA Leito: 01
Especialidade: Clínico
Med. Solicitante: LINCOLN MARQUES CAMINHA BATISTA
Proc. Solicitado:

ANAMNESE

EXAMES CLÍNICAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís - MA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado JAINARA DA SILVA CORREIA, pessoa responsável pelo doente
JAINARA DA SILVA CORREIA, dá plena autorização aos médicos do HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPIRITO SANTO
que o assistirem, para fazer as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
O abaixo assinado JAINARA DA SILVA CORREIA, pessoa responsável pelo doente

MATOES - MA 03/04/2019

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000095908-0

Nr. da Autenticação 0AED1AA4F137AA16



Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B

Nº da Fatura: 0201901001047997

001847997

| C/P: 5258/AA

Instalação: 20000540278



Companhia Energética do Maranhão

Alameda A, Qd SOS, nº 108, Loteamento Quintadinho,

Altos do Colinas - São Luís - MA CEP: 65.070-900

Insc. Estadual: 120.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,
informe este número.

Conta do Mês

03/2019

Vencimento

18/04/2019

5800843350

Dados do cliente

LUIZ GALDINO DE SOUSA FILHO

PV PAIOR CENTRO 15106

CENTRO 65640 000 PABRANCA SA

Nr Parceiro de Negócios: 100006408/

Grupo e Subgrupo de Tensões: 0/01

Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL MONOFASICA

Classificação: Residencial Pleno

Perdas no Ramal(kWh): 0,00

C/P: 016.499.823-62

Tensão Nom.: 220 V - 60

UR/Seq: PK2/0002-1000

Nr Medidor: 10140065929

Fator de Potência: 0,80

Datas

Emissão: 11/03/2019

Apresentação: 11/04/2019

Prestação próxima leitura: 11/04/2019

Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade /h	Tarifa	Valor
Consumo	0,64028		45,91
ICMS			10,94
PIS			0,70
COFINS			3,24
Itens Financeiros			
Cp-Ilum Publ Pref Public			5,95
Multa			2,61
Juros			0,96

Total a pagar: R\$68,31

Informações de tributos

Reservado ao Fisco

Tributos: Base de cálculo: Alíquota (%) Valor (R\$) 1858,1791,7440, 3018,1464, 0418,0184,7190

Vetores de Consumo: 70 19 0000 10 93

	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR
Consumo	73	74	80	77	67	65	73	97	83	74	77	76	70		

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Onde Ler	Resolução Anual
1,00	11/02/2019	13/03/2019	10	24 00/18
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	2,153	2,223	70	0,6402

Resumo de Vencimento

Informações para o cliente

* A CEMAR, em atendimento a Lei Federal nº 12.067 de 29/07/2009, declara quitado os débitos relativos ao ano de 2018, * excetuando os débitos posteriormente apurados, tais como os valores e decorrentes de consumo eventualmente não * registrados ou revisões de faturamento apurados * e mesmo período. Esta declaração substitui as declarações entregues * nos anos anteriores.*
Período: Sanf. Tarif.: Verde: 12/02 - 13/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO MODIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA



ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
RUA MARIA CARLOS DA SILVA, 2527
SAO BENEDITO
65636-230 TIMON-MA

Referência

ABRIL /2019

Telefone

(86) 3212-0215

Vencimento

25/06/2019

Total a pagar

R\$ 147,41

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 74,69
74,69

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
SERVICOS DIGITAIS



OI VELOX

R\$ 72,72
72,72

OI VELOX
OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA
ASSINATURA VELOX
OI LEITURA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos
celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55
passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
160800374461DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVATCONTÉUDO NÃO VERIFICADO
minha Oi e consulte
saída, conta detalhada, histórico de
consumo e muito mais.

14 AGO 2019



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0010-90 - INSC. ESTADUAL:
18.305.251-5
AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
TELEFONE/CONTRATO: 32120215
CONTA 04/2019 LOCAL 3150 DV 8

Genie Seguradora S/A
C/O SU 6
Av. Ana Jensen, Nº 480 - Lote 03
São Francisco - São Luís-MA
CÓDIGO MINHA OI
160800374461

Cadastre-se
Oi e consulte
conta detalha
histórico de c
e muito mais

www.oi.com.br/MinhaOi

84670000001-7 47410024030-5 22031500321-4 20215061904-9



FATURA N.: 0800027230209
VENCIMENTO: 25/06/2019
VALOR A PAGAR R\$ 147,41

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 16080037