

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 SIVA 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



Caxias - MA 13 de Junho de 2019

X neuzimar da siva correia

Assinatura do Declarante

Luis Galdino de Souza Filho

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



4º Ofício Extrajudicial
Reconheço por autenticidade(s) Firma(s)
neuzimar da siva correia - luis g

Em testemunha da verdade
Caxias(MA) 13 de junho de 2019

Escrivente Substituto
Cartório do 4º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO NÃO IDENTIFICADO

14 AGO 2019

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

Regulação de Leitos

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

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SEMUS MATÔES

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: -----	GTA: NÃO
---------------------------------	----------------------	--------------	----------------------------	-------------

TIPO DE LEITO SOLICITADO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDIA

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

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

ANTECEDENTES PESSOAIS:

RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM:

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

SUPORTE O2: Nenhum	SUPORTE HEMODINÂMICO: Nenhum	OUTRO SUPORTE:
-----------------------	---------------------------------	----------------

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

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: NÃO CAUSA: INDETERMINADA

MEDICAÇÕES EM USO: VOLTAREN 75MG (1 dias) DIPIRONA (1 dias)

RESULTADOS DE CULTURAS:

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

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

MOVIMENTAÇÃO

PENDÊNCIAS

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

18:59 NÃO HÁ REGISTRO DE PENDÊNCIA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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



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 Jairana da Silveira Correia Nº AIH _____

Procedimento Anterior _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA

Paciente. Necessitando de Acompanhante

DATA

Ass. do Médico Solicitante

Dr. Leandro Nogueira C. Costa
Médico

AUDITOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

DATA

Gente Seguradora S/A.
Av. Joaquim Nabuco, N° 100, Loja 03
Assinatura do CPF
São Francisco - São Luís-MA

Identificação do estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

2 - CNES

2452820

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MUNICIPAL DIVINO ESPÍRITO SANTO

4 - CNES

2452820

Identificação do paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JAINARA DA SILVA CORREIA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
19011041

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

9 - SEXO

() Masc. (X) Fem.

10 - RACAO/COR

PARDA

10.1 - ETNIA

NAO SE APLIC

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

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

15 - COD IBGE MUNICÍPIO

210780

17 - CEP

55640000

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMAMA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vit. d'aud. motauditivo, qnd. d'or à mobilizq d'RID

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A ut. h. b.

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

Anam + Exan Fina

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract + Frax?

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tumor

NOME: Terezinha da Cunha Gomes da

卷之六

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
SEX	Montário
10	AGO 2019
Gente Seguradora S/A.	
Av. Ioca Jansen, N° 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"
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF / PSB



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	José de Sá Ferreira	SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
IDADE	21	ENDERECO	
DADOS CLÍNICOS	Nome - MTG		

EXAMES SOLICITADOS

- R. d. Fim D (P)
- R. d. Jejú D (P)
- R. d. Sangue D (P)

DATA

03 / 04 / 19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Carimbo do Médico
Assinatura do Médico

Este exame é pago pelo SUS
 É PROIBIDO A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
 CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS

Rad. gto dia 05.04.19

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 MATOÉS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SANEAMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL "DIVINO ESPÍRITO SANTO"

SUS + 
Sistemi
Umano-Sociale
e
Sistemi
dell'Organizzazione

R. Schubert
Altenbach
A 15. 1

DEPARTAMENTO DE SINDICATOS		Nº Enfermaria
PVAT		Nº Leito
CONTROLE NÃO VERIFICADO		
14 AGO 2019		OT
Glorie Seguradora S/A Av. Antônio Jansen, Nº 480 Loja 01 São Francisco - São Luis-MA		

MARCH

ESTADO DO MARANHÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATOÉS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTROS DE ENFERMAGEM

DATA: 03 / 04 / 19

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 460 Loja C
São Francisco - São Luís - MA

NOME: Faimana da Silva Coimbra
ENFERMÁRIA: Dália
SINAIS VITIAIS

EINERMAN

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.C

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jaqueline de Souza Correia

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819.810034052110769

9 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1997

10 - RACIOCOR

Macr. 1 Fem. 3

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MALE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Povoado Batol no Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

MA 65161-0000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Venho em justa de falar o que
ocorreu de fato

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar

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 dijum

572

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

R

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 N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

OPVAT

CONFÍDENCIAL NÃO VERIFI

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

14 AGO 2019

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

Gente Seguradora S

An. Ana Jamison, nº 480 L

São Francisco - São Luís

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 (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome: JAINAKA M. SILVA CORREIA Sexo: F Número: 002456
Endereço Município: NOVO APOIO DO CANTO Distrito: _____ Idade: 21
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: _____

Pação: _____ Instituição Previdenciária: Segurado Dependente Outro

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: _____
Acúmulo de sangue

Exame Clínico: _____ DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

Diagnóstico de Admissão: _____
*Ferida das chagas B. Souto
Arbovirose e Traumatologia
CRM-MA 9537*
Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 01
São Francisco - São Luis-MA

Data do Diagnóstico _____ / _____ / _____

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

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

-1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

-3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

I.F.R.C

-2 - CNES

-4 - CNES

Identificação do Paciente

-5 - NOME DO PACIENTE

JAINARA DA SILVA CORREIA

-6 - Nº DO PRONTUÁRIO

-7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918101034057101269010997

-8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

1 Fem.

23

-10 - RACIOCOR

-10.1 - ETNIA

-11 - NOME DA MÃE

NEUZAMAR SILVA CORREIA

000

-12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

-13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MAE

000

-14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

-15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POCO ADO PAOL DO CENTRO

-17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

-18 - UF

-19 - CEP

-16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMAMA

MA 65161-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

-20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

OSTEOS DE TNZ D

-21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

OSTEOS DE TNZ D

-23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

-24 - CID 10 PRINCIPAL

-25 - CID 10 SECUNDÁRIO

-26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CRM-MA-3437-C/AN-01-1976

PROCEDIMENTO SOLICITADO

6 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

-27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6 - 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

() CNS () CPF

-34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO DPVA/AF () NÃO SEGURO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENDO NÃO VERIFICADO

AUTORIZAÇÃO

-46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

-47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

-52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

11 AGO 2019

-48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

() CNS

-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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. C.

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

JAINAKA M. SILVA CORREIA

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

89 80034052110269 01/09/97

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO
Masculino Feminino

8 - RACA/COR

9 - ETN

11 - NOME DA MÃE

NEUTAMAR SILVA CORREIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

ddd 019 9999-27213
nº do telefone

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

A MAE

14 - TELEFONE DE CONTATO

ddd 019 9999-27213
nº do telefone

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

POVOADO PIOL DO CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PARNAMAMA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

114651619000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Palor - febre - dor - dor

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Palor

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

M / S

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

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

32 - NÚMERO DO 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 VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE DE SEGURO

41 - SÉRIE CONFERIDA NÃO VERIFICADA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BOLETIM DE ANESTESIA

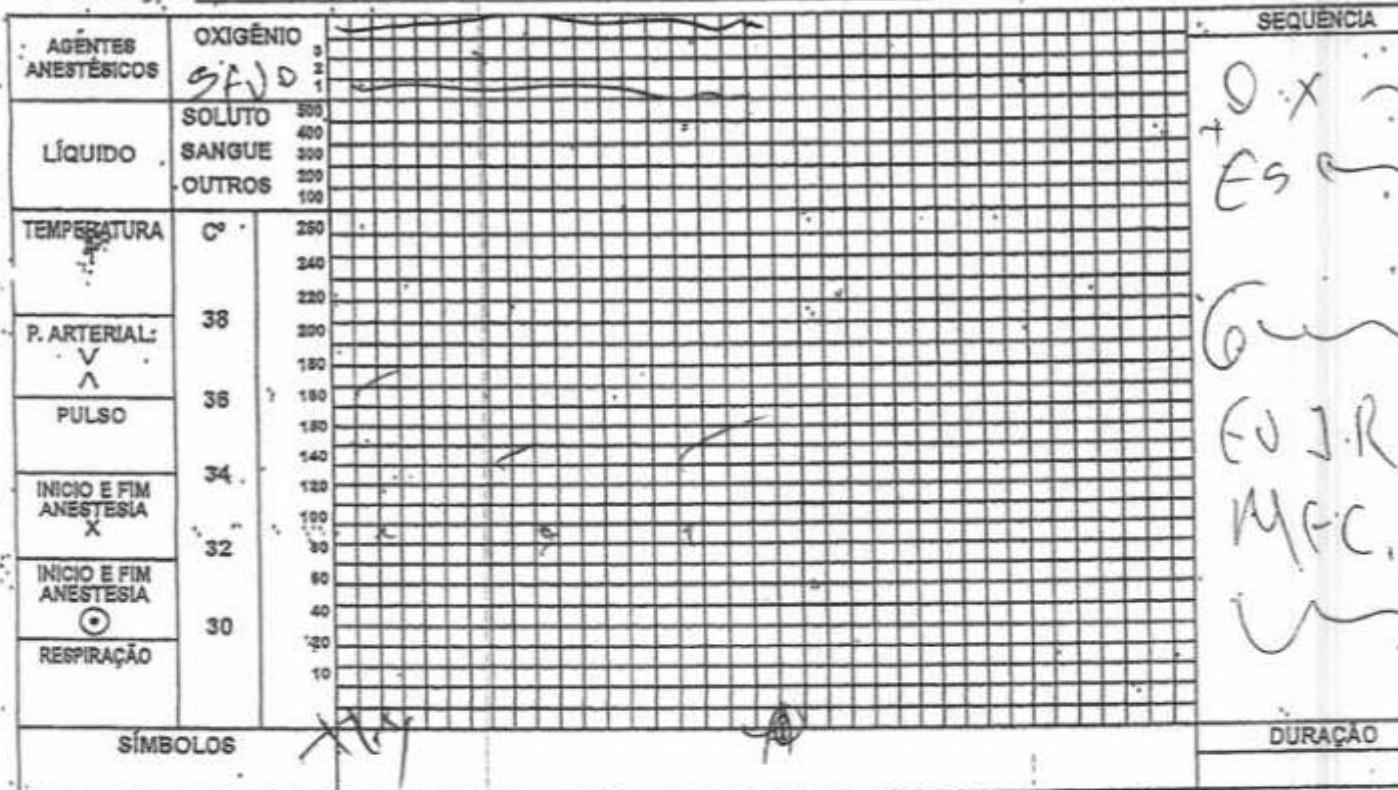
Nome: Jairusa da Silva CorrêaIdade: 21 Leito: _____

Condições Pré-Operatórias:

Exames Clínicos: PortraumatiadeRisco (ASA): II

Premedicação:

Hora: _____

Técnica de Anestesia: Grau

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

Início:	<u>30/7</u>
Término:	<u>30/7</u>

PACIENTE TRANSFERIDO	
GS:	RH: VOL.

Diárea = 01A.

TOTAL DE DOSES

Flaxedil — ampThionambutal — gm

Soro Glicosado 500 ml

Inoval — ampSedolan — mlSoro Fisiológico — mlQuelito 0.9 frAtropina 0.2 ampDepartamento de Sistemas 0.8Fentanil 0.2 mlProstomin 0.2 amp

DPVAT Água Bidestilada 10 ml VERIFICADO

Vallum — ampAdrenalina — ampXylocaina — %Chlorocin 0.1 mlButetil N° —Butetil N° 14 AGO 2019Parece for. 0.5 ml

Gente Seguradora S/A.

Cetamina 0.1 ml

AV. John Johnson, N° 480 Loja 03

Data: 14/09/19

Anestesista - CRM:

Gris Augusto 9728A

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: Julinara da silva Ferreira Idade: _____ Leito: _____

Condições Pré-Operatórias: _____

Exames Clínicos: _____

Pomedicação: _____

Risco (Asa): _____

Hora: 15:55:4

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
LÍQUIDO	SOLUTO 500 400 300 200 100	<u>SI 2000</u> <u>Eduardo</u> <u>Felipe</u>
TEMPERATURA	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
P. ARTERIAL: <u>160x80</u>	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
PULSO	36 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	34 160 140 120 100 80 60 40 20 10	
INÍCIO E FIM ANESTESIA ○	32 140 120 100 80 60 40 20 10	
RESPIRAÇÃO	30 120 100 80 60 40 20 10	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO

Técnica de Anestesia: frequarase 2019Acidente - Incidente: 2019

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
 Prostamina _____ amp
 Adrenalina _____ amp

Soro Glicosado 500 ml _____
 Soro Fisiológico _____
 Água Bidestilada 10 ml _____
 Xylocaina _____ % _____
 Butetify N° _____
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 COMITÊ DE RISK MANAGEMENT
 12 AGO 2019

Data: 23/09/2019Anestesiologista: Eduardo
 Gente Seguradora S/A.
 Av. Ana Jansen, N° 450 belford
 Rio Francisco - São Luis-MA

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAINA RAFAELA M. R. V. CORDEIRO Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Operação: Fistula recto código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: M. G. S. us Anestesista: _____

Auxiliares 1º: _____ 2º: _____

Instrumentadora: M. G. S. Circulante: _____

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

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Abordagem
Exploração
Ressecção
Colostomia

Acidente - Incidente: _____

Data: 11/08/19 Cirurgião- CRM: _____

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: JAIRA DA SILVA CORREIA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: POL

Operação: Abd + fum código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: BS us Anestesista: _____

Auxiliares 1º: _____ 2º: _____

Instrumentadora: VN Circulante: _____

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

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica:

Acidente - Incidente: _____

Data: 27/03/16

Dr. Alcides Vitarinho da S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PET 976

Cirurgião- CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

BOLETIM DE CIRURGIA

Nome: JAIWARA DA SILVA CARREIRA Apto.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: Hernia _____

Operação: Hernia + frenesim _____ código: _____

Perte: _____ us Cirurgião: DR. ALCIDÉS us Anestesista DR. KÉESCEC

Auxiliares 1º DR. LUIS RICARDO 2º _____

Instrumentadora: PAULO CÉSAR Circulante: PAIM SERRA

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

Achados: _____

Técnica e Tática Cirúrgica: Open _____

Open _____

Acidente - Incidente: _____

Data: 30 / 04 / 2019 Cirurgião- CRM: _____

Br. Alcides Vianinho da S. Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM-MÁ 2828 / CRM-PE 1975

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

NOME: Jacuaga da Silva Pereira SEXO: F LEITO
 PROCEDIMENTO: Fixação Fimbra D. INICIO: 14:00 TERMINO: 14:35
 CIRURGIÃO: DR Alcides MÉDICO AUXILIAR:
 INSTRUMENTADOR: Our Lurizca CIRCULANTE: Melops + Fábio
 ANESTESISTA: DR Carlos Augusto ANESTESIA: RAQUE PERIDURAL GERAL teto 7

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração nº		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração nº		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguila 25,7		Sonda Gástrica nº		ANESTÉSICOS	01	Cefazolina
03	Aguila 30x8		Esponja gel nº		Xylocaina gel		Gentamicina
01	Aguila 40x12		Cottonoide nº		Xylocaina spray		SOROS
	Aguila raque nº		Sorgicel		Xylocaina 2% s/v		Finiológico 0,9% 250ml
	Aguila raque nº		Tela de prolene		Xylocaina pesada	03	Finiológico 0,9% 500ml
	Aguila peridural nº		Falxa de smarch		Neocaína pesada		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 1 ml	03	Comp. de gazes		Neocaína isobárica		Ringer lacrado 500ml
01	Seringa 3 ml	01	Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaína 0,5% S/N		Manitol
01	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaína 0,5% C/N		
01	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº		MEDICAMENTOS		
01	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº		Adrenalina		
	Cateter jeleo nº 14		Atadura de crepon nº		Aminoflina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jeleo nº 16	02	Atadura de crepon nº	03	Atrupina		Dormine
	Cateter jeleo nº 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jeleo nº 20	1000	Espadrrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jeleo nº 22		Toca e/ elástico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jeleo nº 24	5	GORRO masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular O2		Sapatinha		Cortizonol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural	1	Máscara		Cortizonol 500mg	0	Propofol
	Cordclamp	03	Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp nº 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp nº 21	07	Mononylon nº 210		Cloreto de potássio 10%		Étrane
	Scalp nº 23		Mononylon nº	03	Decadron		Hallotana
	Scalp nº 25		Mononylon nº		Dipirona		01 mafixa long
	Scalp nº 27		Mononylon nº		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº		Efertil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº	01	Efedrina		Bisturi elétrico
1-03	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº		Ergotrate inj	OK	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot nº		Furozemida	02	Ar comprimido
	Equipo de sangue	02	Vicryl nº 210		Fernagan		Microscópio
	Dreno pearose nº		Vicryl nº		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno sucção nº		Vicryl nº		Glicose 50%	OK	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº		Geramicina	OK	Oxímetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples nº		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples nº		Heparina		Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº		Kazaklion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº		ketalar		01 ato profuso
05	Lamina de bisturi nº 34		Cat. gust. cromado nº		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi nº	34	Kit Obstétrico cromado		Niprid	01 sacarur	
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº		Fios Sutupak s/ agulha	04	Prosfgmine	01 sevoflurano	
02	Luvas estéril nº 7,5		Cera de Osso		Pavolonsa		
02	Luvas estéril nº 6,5				Reutilizável	01 reuso 75	
01	Luvas - 6,0						

Data - 11-04-19

M. dos Milagres O. Bezerra Santos
Téc de Enfermagem
COREN-MA 217714

DEPARTAMENTO DE SINISTRA

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

NOME: Jainara da Silva Ferreira SEXO: F LEITO
 PROCEDIMENTO: Abertura Tornozelo INICIO: 15:55 TERMINO:
 CIRURGIÃO: Dr. Aleidis MÉDICO AUXILIAR: Dr. Lucas Ricardo
 INSTRUMENTADOR: Vane CIRCULANTE: Ricardo Ribeiro Reis
 ANESTESISTA: Dr. Eduardo ANESTESIA: RAQUE PERIDURAL GERAL

CONSUMO DE MATERIAL/MEDICAMENTO POR PROCEDIMENTO

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Absorvente		Sonda Aspiração nº*		Formol		Ampicilina
	Aguilha de Insulina		Sonda Aspiração nº*		Água Oxigenada		Cefalotina
	Aguilha 25,7		Sonda Gástrica nº*		ANESTÉSICOS		Cefazolina
	Aguilha 30x8		Espuma gel nº*		Xylocaina gel		Gentamicina
	Aguilha 40x12		Cotonoides nº*		Xylocaina spray		SOROS
	Aguilha raque nº 25,13		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aguilha raque nº*		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 500ml
	Aguilha peridural nº*		Faixa de smarch		Neocaina pesada		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 1 ml		Comp. de gazes		Neocaina isobárica		Ringer Iaciado 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N		Manitol
	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		
	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº*		MEDICAMENTOS		
	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº*		Adrenalina		
	Cateter jeleo nº 14		Atadura de crepon nº*		Aminoflina		PSICOTROPICOS
	Cateter jeleo nº 16		Atadura de crepon nº*		Atropina		Dormiole
	Cateter jeleo nº 18		Micropore		Água destilada		Dornot / dolosal
	Cateter jeleo nº 20		Espadrapo		Bicarbonato de sódio		Dimorf
	Cateter jeleo nº 22		Toca c/ elástico		Buscopan (HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jeleo nº 24		Gorro masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
	Cateter ocular O2		Sapatilha		Cortizonol 100mg		Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizonol 500mg		Propofol
	Cordelamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp nº 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp nº 21		Mononylon nº 2,0		Cloreto de potássio 10%		Etran
	Scalp nº 23		Mononylon nº*		Decadron		Hallotano
	Scalp nº 25		Mononylon nº*		Dipirona		
	Scalp nº 27		Mononylon nº*		Dobutamina		
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº*		Efortil		Taxas Equipamentos
	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº*		Efedrina		Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº*		Ergotrate inj		Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot nº*		Furosemida		Ar comprimido
	Equipo de sangue		Vicryl nº*		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose nº*		Vicryl nº*		Glicose 25%		Rx em sala
	Dreno succção nº*		Vicryl nº*		Glicose 50%		Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº*		Germicina		Oxímetro de pulso
	Urofix sist. fechado		Cat. gust. simples nº*		Gluconato de Cálcio		Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples nº*		Heparina		Oxigênio (O2)
	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº*		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº*		Kanakion		
	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº*		ketalar		
	Lamina de bisturi nº		Cat. gust. cromado nº*		Metaclopramida (Piasil)		
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº*		Fios Sutupak s/ agulha		Prosigtmine		
	Luvas estéril nº		Cera de Osso		Pavolonsa		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
	Luvas estéril nº						CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

23.04.19

Reg. Prof. Dr. 2019
Tec. em Enfermagem
COREN-MA: 431

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

NOME: JAVAILVA DA SILVA CORREIA SEXO: F LEITO
 PROCEDIMENTO: OSTEOSSINTESE FEMUR D INICIO: 15:15 TERMINO: 17:10
 CIRURGIÃO: DR. ALCIDES MÉDICO AUXILIAR: DR. LEX 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 nº 12		Formol		Ampicilina
	Aiguille de Insulina		Sonda Aspiração nº		Água Oxigenada		Cefalotina
02	Aiguille 25,7		Sonda Gástrica nº		ANESTÉSICOS	02	Cefazolina
02	Aiguille 30x8		Espuma gel nº		Xylocaina gel		Gentamicina
02	Aiguilles 40x12		Cotonóide nº		Xylocaina spray	01	Dexamedetomidina
01	Aiguille raque nº 25		Surgicel		Xylocaina 2% s/v		SOROS
	Aiguille raque nº		Tela de prolene		Xylocaina pesada		Fisiológico 0,9% 250ml
	Aiguille peridural nº		Faixa de smarch		Neocaina pesada	06	Fisiológico 0,9% 500ml
	Seringa 1 ml	04	Comp. de gazes		Neocaina isobárica		Glicosado 5% 500ml
	Seringa 3 ml		Comp. Cirúrgicas-unid		Neocaina 0,5% S/N	03	Ringer Iacrado 500ml
02	Seringa 5 ml		Gase Vasilinada unid		Neocaina 0,5% C/N		Manitol
02	Seringa 10 ml		Algodão ortopédico nº		MEDICAMENTOS	01	RANITIDEA
02	Seringa 20 ml		Algodão ortopédico nº		Adrenalina	01	BRANDO PRIMA
	Cateter jeleo nº 14	06	Atadura de crepon nº		Aminofilina		PSICOTRÓPICOS
	Cateter jeleo nº 16		Atadura de crepon nº	03	Atropina		Dormine
	Cateter jeleo nº 18		Micropore	03	Agua destilada		Dornot / dolosal
01	Cateter jeleo nº 20	x	Eparadrapo		Bicarbonato de sódio	01	Dimorf
	Cateter jeleo nº 22	x	Toca c/ elástico		Buscopan(HIOSCINA)		Diazepam
	Cateter jeleo nº 24	x	GORRO masculino		Cedilanid		Fertanil (frasco)
01	Cateter ocular O2		Sapatinha		Cortizol 100mg	01	Fertanil (amp.)
	Cateter peridural		Máscara		Cortizol 500mg		Propofol
	Cordelamp		Escova desc degerma		Cloreto de sódio 10%		Thionembutal
	Scalp nº 19		Fios agulhados		Cloreto de sódio 20%		Isoforante
	Scalp nº 21	04	Mononylon nº 2.0		Cloreto de potássio 10%		Efrane
	Scalp nº 23		Mononylon nº		Decadron		Hallotano
	Scalp nº 25		Mononylon nº	02	Dipirona	01	ECOPURIFICADORA
	Scalp nº 27		Mononylon nº		Dobutamina	01	ESTOPROFÉU
	Equipo inj. Lateral		Polycot nº		Efortil		Taxas Equipamentos
01	Equipo polifix 2 vias		Polycot nº	01	Efedrina	x	Bisturi elétrico
	Equipo polifix 4 vias		Polycot nº		Ergotrate inj	x	Aspirador
	Equipo micro gotas		Polycot nº		Furozemida	x	Ar comprimido
	Equipo de sangue	03	Vicryl nº		Fernagan		Microscópio
	Dreno penrose nº		Vicryl nº		Glicose 25%		Rx em sala
01	Dreno sucção nº		Vicryl nº		Glicose 50%	x	Monitor Cardíaco
	Dreno tórax Kit nº		Vicryl nº		Geramicina	x	Oxmetro de pulso
	Urofix sist. fechado	01	Cat. gust. simples nº 2.0		Gluconato de Cálcio	x	Carro de anestesia
	Urofix sist. aberto		Cat. gust. simples nº		Heparina	x	Oxigênio (O2)
05	Eletrodos descartável		Cat. gust. simples nº		Haemacel 500ml		Prótese Mat. Espec.
	Prestobarba		Cat. gust. cromado nº		Kanakion		
01	Pulseira para RN		Cat. gust. cromado nº		ketalar		
01	Lamina de bisturi nº 22		Cat. gust. cromado nº		Metaclopramida (Plasil)		
	Lamina de bisturi nº		Kit Obstétrico cromado		Niprid		
	Lamina de gilete				Orastina		
	Bisturi descart nº		Fios Sutupak s/ agulha		Prostagmine		
03	Luvias estéril nº 3.5		Cera de Osso		Pavolonsa		
03	Luvias estéril nº 6.5						
02		3.0					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 Ramundo Francisco Pinto de Deus
 TEL: (98) 3244-1166 / FAX: (98) 3244-1167
 COREN-MA: 590.698
 30/01/2014 / 16/02/2019



**ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL MACRO REGIONAL DE CAXIAS Dr. EVERALDO FERREIRA ARAGÃO**

EMSERH
Empresa Municipal de Serviços Hospitalares

PREScrição e Evolução MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 04/04/19

NOME	JAINARA DA SILVA CORREIA	IDADE	21
	DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO		
FRATURA DE FEMUR D PRE OPERATORIO			

PREScrição	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 20 GOTAS/MIN	14:00
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 HS	n turn (18)
4-TRAMAL 100 +100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	08:00 12:00 18:00 22:00
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 1X DIA	
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 8/8 HS	12:00 22:00
7-CCGG	
	DESAFAR O C T E S F P Z 22

John M. de Sosa
1903-1956

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 05/04/19

NOME	ÍDADE
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	(566)
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) 06
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	19 20 06
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18 06
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	18 06
7-CCGG	
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	

Dr. José Luiz Filho Reis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 8475

1º - Consulta de Kines
(21) - 01 sítio
+ no final.

392-4443

Dr. José Luiz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 8475
Caxias-MA-Brasil-PL 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUIÇÃO NÃO VERIFICADA

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 460 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 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	NT
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	17:30
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	18
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	13:55
7-CCGG	18
8-COLOCAR TALA COXOPODALICO	
9-HEMACEAS -20 GOTAS /MIN	

Dra. Ana Jansen, CRM-MA 2008 / CRM-PE 1976
Oncologista / Traumatologista
CRM-MA 2008 / CRM-PE 1976

06.04.2019

Dr. Ana Jansen, CRM-MA 2008 / CRM-PE 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFIRMO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 07/04/19

NOME	IDADE
JAINARA DA SILVA CORREIA	21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

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

PREScrição	HORÁRIOS
1-DIETA LIVRE	
2-SF 0,9 %-EV 1000 14 GOTAS/MIN	5: 500 + 500 06:00
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	NT (18) 06:00
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 HS	10:00 22:00 06:00
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	10:00 06:00
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	10:00 06:00 22:00
7-CCGG	
8- CONCENTRADO DE HEMACEAS 600ML EV 40GTMIN	Atenção
9- SOL EXAMES POS TRANSFUSAO	

Fz do Dr. Douglas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 0427

Kayla Lazelli Gomes
Enfermeira
COREN - MA 21.775

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTRÍNUO 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

ENFERMÁRIA 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 TORMOZELA 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	08/04/19 0500
3-TILATIL 20 + AD-EV 12/12 H	13/04/19 0600
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR	14/04/19 0600
5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H	15/04/19 0600
6-DIPIRONA 2CC + AD- EV 6/6H	16/04/19 0600
7-LOSARTANA 50 MG COMP VO 12/12H	17/04/19 0600
8 - (FT) MP- 100 + 10 ~ J2 - D 14	18/04/19 0600
<i>M. Jansen Jainara Reis Ortopedia e Traumatologia SBONTEOT 14205 CRM-MA 14205</i>	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,
Av. Ana Jansen, N° 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 TORMOZELA D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
07/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIOS

1-DIETA LIVRE

Alita livre
(5866X 5866)

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

NT (18) 860

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

SN 00

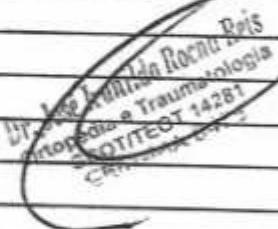
4-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 %-EV 8/8 H SE DOR

109 060 060 111
18 240 060 12

5-LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H

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

7-CCGG



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍNUO 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

ENFERMÁRIA 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 TORNOCOLO D
SOL HEMOGRAMA POS TRASFUSAO
08/04/2019 EVOLUI COM FEBRE///HEMOG NÃO INFECCIOSO
09/04/19 SOLICITO BIOQUIMICA + PCR + VHS
AGURADA HEMOTRANSFUSAO

PREScriÇÃO

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

HORÁRIOS

*Da 3 de 06.19
5 de 06.19
Sexta feira 06.19
10 de 06.19
11 de 06.19
12 de 06.19
13 de 06.19
14 de 06.19
15 de 06.19
16 de 06.19
17 de 06.19
18 de 06.19
19 de 06.19
20 de 06.19*

*Dr. José Carlos de Jesus Sales
Ortopedia-Traumatologia
CRM-MA 05420
CNPJ 384.964.067-91*

*Dhenik Lins
Enfermeira
CREF-MA 592-443*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

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

PREScrição

HORÁRIOS

1- Dieta PARA HAS

5F: 08/04

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

15/04

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

18/04

4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D1

18/04

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

18/04

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

18/04

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

18/04

8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H

18/04

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

18/04

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

18/04

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

18/04

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

18/04

13- Curativos Diários

18/04

14- SSVV + CCGG

Ricardo da Luz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 3863

Kaylla Lacerda Góes
Enfermeira
CREFEN - MA 1777

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍVIO NÃO IDENTIFICADO

14 AGO 2019

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

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 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 TORNOCOLO 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	10:15 500ml
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	JK 06h 00
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18 06h 00
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18 06h 00
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	18 06h 00
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	NT
8- LOSARTANA 50MG—1 COMP VO 12/12H	NT
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	18 06
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	18 06
11- Paracetomol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	18 06
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVV + CCGG	

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



Ieda Pereira Rodrigues
Enfermeira
CREN 287.194

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 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
SOLICITO HMG

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

Malvino Souza de A. Souza
ORTOPEDISTA
CRM-MA 0531
CRM-PA 14743
CRM-MA 845

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 33

LEITO 69

ALA 03

DATA 15/04/19

NOME

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR D

PRE OPERATORIO

FRATURA DE TORNOCOLO 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	(obs)
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	18h 00 06am
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18h 00 06am
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18h 24 06 12
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18h 24 06 12
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	SN
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18h
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)	Susp.
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	06
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	
Paracetomol 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 11:30 AM
2- SF 0,9% 1000 ml EV para/24h	18:00 AM
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	18:00 AM
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D2	18:00 AM
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	18:00 AM
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	5:00 PM
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	18:00 AM
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)	-
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	18:00 AM
10- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS	5:00 PM
11- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS	5:00 PM
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	-
13- Curativos Diários	-
14- SSVV + CCGG	-

Dr. Mauro Henrique S. Filho
Ortopedista / Reumatologista
CRM-MAR 3284 CRF-PI 1976

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÔLIO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

v. Ana Jansen, N° 480 Loja 03

São Francisco - São Luis-MA

Jessica Mariana
COREN - MAR 04629 - 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 TORNOCOLO 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 854 CPF 384.964.967-91

Mede Perine
28/04/2019

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

ENFERMÁRIA 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

18/04/2019 SOL NOVOS EXAMES

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1- Dieta PARA HAS	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h	(500) <i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D7	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA	<i>18/04/2019</i> <i>0600</i>
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

Kelly Lacerda Gragoz
Enfermeira
COREN - MA 427.773

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

~9/04/2019 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

- Paracetomol 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

Fog dos Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
Data: 14/04/2019

Geraldo M. de Souza
Cirurgião-Dentista

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03 Silo Fashion - 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 TORMOZELA 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)

SUSPENSO

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

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

..- Paracetomol 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

(OK)

AM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

Dhoiny Lima
Entregue a
CNPJ-MA: 392.443

Ricardo da Luz Borges
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 1803

PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

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

Luis Ricardo Galuz Júnior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3803



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

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 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 TORMOZELA 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- Paracetomol 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
GIRURGIA DO TRAUME
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM MA 6028 | SBUS 05785/16 | RQE 2082

Aryla Lazara Górgola
Estagiária
COREN - MA 27.773

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 23/04/19

NAME

JAINARA DA SILVA CORREIA

leads

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 MOÍDES

HOJE

PRESCRIÇÃO		HORÁRIOS
1- Dieta ZERO	<i>lui</i>	
2- SF 0,9% 500 ml EV para/24h		<i>OB 06h 18h 24h</i>
3- Ranitidina 50 mg/ml 2 ml+18 AD EV de 12/12h		<i>18h 06h</i>
4- CEFALOTINA 1G/10ML—1 FR+ AD EV 6/6 D11		<i>18h 24h OB 12h</i>
5- Dipirona 1 amp + AD EV de 6/6h		<i>18h 24h OB 12h</i>
6- DEXAMETASONA 1 amp + AD EV de 6/6h SOS		<i>OB 06h 24h 06h 12h</i>
7- HEPARINA 5000/0,25UI—1 AMP SC 12/12H		<i>OB</i>
8- LOSARTANA 50MG—1 CP VO 12/12H (SUSPENSO)		<i>OB</i>
9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA		<i>OB</i>
- Diclofenaco 50 mg 1 cp VO de 8/8h SOS		<i>OB</i>
- Paracetamol 500 mg— 1 cp vo 6/6 SOS		<i>OB</i>
12- Fisioterapia Respiratória e Motora		
13- Curativos Diários		
14- SSVV + CCGG		

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

ENFERMÁRIA 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 TORNOCÉLO 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

(C/8) 18:00 refeição
18:00 24h ob 12

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

18:00 24h ob 12

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

18:00 24h ob 12

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

SN 18:00 24h ob 12

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

SN 18:00 24h ob 12

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

18:00 24h ob 12

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

18:00 24h ob 12

9- HCTZ 25 MG—1 CP VO PELA MANHA

susp. 06

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

06

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

12- Fisioterapia Respiratória e Motora

13- Curativos Diários

14- SSVV + CCGG

15- TANAL 100 + 100 ml SI 0.9% CV 8186 f/1 SN

Dr. José Carlos de Jesus Sales
Ortopedia-Traumatologia
CRM-MA 894 CPF 384.954.667-91

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

ENFERMÁRIA 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 TORNOCOLO D

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

09/04/19 SOLICITO BIOQUÍMICA + 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	Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho Ortopedia / Traumatologia CRM-MA-2828 / CRM-BR-1072
12- Fisioterapia Respiratória e Motora	
13- Curativos Diários	
14- SSVW + CCGG	

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

*DR. ALCIDES VILARINHO DA S. FILHO
CRM-MA-2828
CRM-BR-1072
CORREN. MA-377 565*

PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 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 BIOQUÍMICA + PCR + VHS

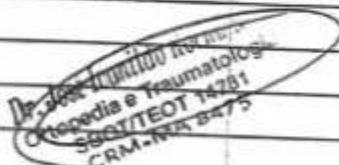
AGUARDA MELHORA DE PARTES MOLES

DIA 23 04 REALIZADA FIXAÇÃO TNZ D

PREScriÇÃO

HORÁRIOS

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



Ana Karina das S. Guedes
Enfermeira
COREN-MA 184900

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍNUO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 27/04/19

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRTURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSÃO FMUR

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

- 1-DIETA ORAL LIVRE
2-SF 0,9% -EV 20 GOTAS/MIN
3-DIPOIRONA 2CC+AD-EV 8/8 HS SOS
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

HORÁRIOS

12/12 HS

12/12 HS

12/12 HS

12/12 HS

Dr. Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PB: 1976DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍFUGO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PREScrição E EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMÁRIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 28/04/19

JAINARA DA SILVA COREEIA

IDADE

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRTURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSÃO FMUR

PREScriÇÃO

- 1-DIETA ORAL LIVRE
- 2-SF 0,9% -EV 20 GOTAS/MIN
- 3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS (SOS)
- 4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H
- 5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9% -EV 12/12 HS (SOS)
- 6-CCGG
- 7-

HORÁRIOS

15h00
21h00
22h00
23h00
00h00
01h00
02h00

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PI 4369 TEOF 437

Jéssica Rodrigues
Enfermeira
TODEN 247.192

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

PREScrição e EVOLUÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 29/04/19

JAINARA DA SILVA COREFIA

LOADS

21

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

**FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRTURA DE TNZ FIXADA
AGURADA CONVERSÃO FEMUR**

PRESCRICÃO

- 1-DIETA ORAL LIVRE
 2-SF 0,9% -EV 20 GOTAS/MIN
 3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS SOS
 4-CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H
 5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9% -EV 12/12 H
 6-CCGG

HORÁRIOS

(1225) ✓
SNP ✓
1 ✓
1 ✓

José Jusselton Ribeiro
Otorrinolaringologista
CRM-MA 14274
SESSITEU 174

Fábio M. M. de Souza
COREN-PB
APARECIDA DE SINISTROS
DPVAT
CONFIRMO NÃO VERIFICADO

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
FRTURA DE TNZ FIXADA
SO FEMUR D HOJE

Po r

PRESCRIÇÃO

- 1-DIETA ORA LZERO
- 2-SF 0,9% -EV 20 GOTAS/MIN
- 3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8H ~~8/8H~~
- 4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 8/8H
- 5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9% -EV 12/12 H
- 6-CCGG

Luis Ricardo da Luz Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 3803

HORÁRIOS

6/6)

11:50 AM
12:00 PM
01:00 PM
02:00 PM
03:00 PM
04:00 PM
05:00 PM
06:00 PM
07:00 PM
08:00 PM
09:00 PM
10:00 PM

(1)

(2)

2-7/6/19 2020 - 10

Olhe seu rosto - se
atenção

08'

~~17/6/19~~
17/6/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍNUO 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

ENFERMÁRIA 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 01/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

21

FRATURA DE FEMUR COM FIXADOR
FRTURA DE TNZ FIXADA
1DPO

DIAGNÓSTICO / EVOLUÇÃO

PREScriÇÃO

- 1-DIETA ORA LIVRE
- 2-SF 0,9% 1500ML IV P 24H
- 3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS SOS
- 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

HORÁRIOS

*Manhã Livre
(589)(580)(580)*
Sab 10h 10h 10h
10h 10h 10h
10h 10h 10h
10h 10h 10h

*Liaison Ivoneide
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 2401/CRM-MA 845
TELEFONE 14743*
*Dr. Anderson Luis Matos
Enfermeiro
COREN - MA 230.660*

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 36

LEITO 76

ALA 03

DATA 02/05/19

JAINARA DA SILVA CORREIA

IDADE

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	SF: 500 + 500 + 500
3-DIPOIRONA 2CC+ AD-EV 8/8 HS	1x
4- CEFAZOLINA 1G + AD IV 12/12 HS	1x
5-TRAMAL 100 + 100 ML SF 0,9 % -EV 12/12.H	1x
6- TENOXICAN 20MG 1AMP + AD IV 12/12H	1x
7- ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA	1x
8-HEMACEAS -01 BOLSA 15 GOTAS/MIN	Tensão
9-CAPTOPRIL 50 SL 01 COMP. AGORA	X
10-LOSARTANA 50 01 COMP. A NOITE	01:00
11-CCGG	

Dr. Alcides Vilarinho de S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA 2028 CRM-PI 1976

Kayla Letícia Braga
Enfermeira
COREN-MA 027.776

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
Silo 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		
SEXO: <i>Maislara da Silva Corrêa</i>	(<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO) (<input type="checkbox"/> FEMININO)	<input checked="" type="checkbox"/>		
NOME SOCIAL:	CARTÃO SUS: <i>898003405210269</i>	RAÇA/COR(AUTODECLARADO)		
ENDERECO: <i>Povoado Pau do Centro</i>	PONTO REFERÊNCIA			
TELEFONE: <i>98852362</i>	NATURALIDADE <i>Coroas</i>	DATA DE NASCIMENTO (IDADE) <i>01/09/1997 22 anos</i>		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA (<input checked="" type="checkbox"/> SIM) (<input type="checkbox"/> NÃO) QUAL?	DOCUMENTOS QUE POSSUI (<input type="checkbox"/> RG) (<input type="checkbox"/> CPF) (<input type="checkbox"/> CTPS) (<input type="checkbox"/> CNH) (<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO)			
AÇÃO <i>Maislara Silva Corrêa</i>				
ESCOLARIDADE <i>Ensino médio</i>	PROFISSÃO <i>travadeira</i>	ESTADO CIVIL <i>Casada</i>		
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (RESIDENTE COM O USUÁRIO)				
Nome <i>meu filho</i>	IDADE <i>esposo</i>	GRAU DE PARENTESCO <i></i>	ESCOLARIDADE <i></i>	OCUPAÇÃO <i></i>
RENDIMENTO FAMILIAR <i>R\$ 700,00</i>	BENEFÍCIO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO RECEBIDO (<input type="checkbox"/> BPC) (<input type="checkbox"/> BOLSA FAMILIA) (<input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA) (<input type="checkbox"/> SALÁRIO MATERNIDADE) (<input type="checkbox"/> OUTROS _____)			
ACOMPANHANTE <i>Maislara</i>	GRAU DE PARENTESCO <i>mãe</i>		TELEFONE	
SETOR ALA - 03 ENF-33 LEITO 69	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>gratute femin Paruáraua</i>		PROCEDÊNCIA	
DATA DA ADMISSÃO <i>04/04/2019</i>	DATA DA ALTA		DATA DA TRANSFERÊNCIA DEPARTAMENTO DE SINDRATA DPVAT CONTÍNUO NÃO VERIFICADO	
				DATA DO ÓBITO
				<i>14 AGO 2019</i>
Gente Seguradora S/A. Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03 São Francisco - São Luís-MA				



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, N° 480 Loja 03
São Francisco - São Luis-MA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
Andressa Laurinda da Costa

20100000000000000000



VALOR DA PESO POR UNIÃO - OBRIGATÓRIO NO DIA 15/07/18.
VALORES PARECERES SÓ VÁLIDOS
INÍCIO DO CADASTRO DA ORGANIZAÇÃO
NÚMERO DO MENSAGEM PARA REQUERIMENTO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
2.956.420 09/11/18.

DATA DE
EXPEDIÇÃO
09/11/18

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA
JOSÉ DE RIBAMAR SOUSA

TERESINA-PI

15/07/1993

NASC. 60160 L 128 F 24
CERT. NASC. 60160 L 128 F 24
EXP. TIMON-MA 11/08/93
055.031.113-03

LEIA PÁGINA DE INFORMAÇÕES - DOCUMENTO Nº 00320000000000000000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRÍDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Ana Jansen, Nº 480 Loja 03
Sítio 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)

4º OFÍCIO

Jainara da Silva Correia
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro



S.º VIRTUAL ESTRAJUDICIAL
Reconhecimento por autenticidade a(s) Firma(s)
de Jainara da Silva Correia - 049613802013-0

Em testemunha da verdade
Caxias/MA 13 de Agosto de 2019

Gilmar Coelho Soares Júnior
Escrevente Substituto
Cartório do 4º Ofício

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/04/2019

Titular do CPF: JAINARA DA SILVA CORREIA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 14/08/2019

Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Data do cadastramento: 14/08/2019

Nome: Ellayne da Silva Costa
CPF: 043.601.813-61

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Ellayne da Silva Costa

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, 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.**

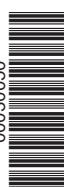
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: Jainara da Silva Pereira

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

5 - Nome completo:	Jainara da Silva Pereira		6 - CPF:	655.623.373-35
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Pav. Paiol do Centro	
9 - Número:	15106	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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 95908

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasdutoro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
---	--	--	--	--	---

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.

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Gente Seguradora S/A.

Av. Anita Jansen, N° 480 Loja 0
São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Timon - MA 08 de Agosto de 2019

Jainara da Silva Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Andressa Louvinda da Costa So

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE PÓLICIA 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

NATURALIDAD PARNARAMA

SEXO: FEMININO

NACIONAL:

CPF: 61562337335

FILIAÇÃO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

FILIAÇÃO MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

PROFISSÃO: LAVRADOR(A)

ENDERECO: Povoado Paiol do Centro

CEP: 65640-000

BAIRRO: NÃO INFORMADO

NÚMERO: S/N

COMPLEMENTO: ZONA RURAL

TELEFONE(S): (99) 3577-4040

CIDADE: PARNARAMA

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/MATÓES-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 ACIDENTE. QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE A COMUNICANTE SOFRERU LESÕES CORPORAIS. O CONTEÚDO DO RELATO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

REGISTRO B.O. PARA FINS DE DIREITO



Jomm
Juarez Batista da Silveira
Escrivão de Polícia Civil
Escrivão(a)

Késsya Walkymara Lima Costa
Registrante

Jainara da Silva Correia
Comunicante

Observações:

Válido como certidão para fins de Direito
Este documento é gratuito.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: Jainara da Silva Pereira

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

5 - Nome completo:	Jainara da Silva Pereira		6 - CPF:	655.623.373-35
7 - Profissão:	Estudante	8 - Endereço:	Pav. Paiol do Centro	
9 - Número:	15106	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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 95908

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasdutoro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
---	--	--	--	--	---

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Gente Seguradora S/A.
Av. Anita Jansen, Nº 480 Loja 0
São Francisco - São Luís-MA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de Agosto de 2019

Jainara da Silva Pereira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Andressa Louvinda da Costa So
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: NELZIMAR DA SILVA CORREIA

NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA

OCUPAÇÃO:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IDENTIDADE

Nº DOC.: 049613802013-0

Nº CPF.:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: RAMAL PAIOL DO CENTRO, N°

TELEFONE:

BAIRRO: Povoado Paiol do Centro

CIDADE: PARNARAMA

UF: MA CEP: 65640000

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

ALERGIA:

AAS

CARÁTER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGÊNCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTÂNEA

CONSCIÊNCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

ENCAMINHAMENTO: CLÍNICA MÉDICA

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
		130 / 100		70	99		

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

Paciente Vinha acidentalmente
atendida a gravidade da lesão.
Fratura de fêmur.

DIAGNÓSTICOS:

Fratura Femur I

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Coxal Fluminense (19/09)

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

cd: (1) Dexametasona Plaq + 10 EV 8/8h 30:30 (09:30)
 (2) SFD,9% d50ml IV + dd 176 1
 (3) Dapivirina 200 + 10 EV 6/6h 30:30 (02:30)

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

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

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE/DO REBONHO/MEIOS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

Gente Seguradora S/A,
Av. Ana Jansen, N° 400 Loja 03
São Francisco - São Luís-MA

ADMISSAO HOSPITALAR

Prontuário: 19011041

Dados do Paciente

PACIENTE: JAINARA DA SILVA CORREIA

CARTÃO SUS: SEXO: FEMININO

NOME DA MÃE: NEUZIMAR DA SILVA CORREIA

OCUPAÇÃO:

TIPO DOC.: IDENTIDADE N° DOC.: 049613802013-0

LOGRADOURO: PAIOL DO CENTRO

BAIRRO: Povoado Paiol do Centro

DATA NASC.: IDADE: 21 anos 7 meses 2 dias
ESTADO CIVIL: CASADO(A) RAÇA/COR: PARDA
NOME DO PAI: JURACI RODRIGUES CORREIA
ESCOLARIDADE:
N° CPF.: EMAIL:
CIDADE: PARNARAMA
UF: MA CEP: 65640000

Posto: POSTO DE ENFERMAGEM

Especialidade: Clínico

Proc. Solicitado:

Dados referentes a internação

Enfermaria: DALIA

Leito: 01

Med. Solicitante: LINCOW MARQUES CAMINHA BATISTA

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

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: 0201903001047997 | CROP: 5258/AA
Instalação: 2000050278



Companhia Energética do Maranhão
Avenida A, Qd 505, nº 100, Loteamento Quitandinha,
Altos do Caiçara - São Luís - MA CEP: 65370-900
Insc. Estadual: 125.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,
informe este número.

Conta do Mês Vencimento
03/2019 18/04/2019

Código Conta
3800043350

Dados do cliente
LUIS GALDINO DE SOUSA FILHO

PI: PAOL, CENTRO 15186
CENTRO 65698 988 PARNAMARA RA/
Nr Parceiro de Negócio: 1000000640/
Grupo e Subgrupo de Consumo: B/B1
Tipo de Juizifaz: CONVENCIÓN PERIFÍCAL
Classificação: Residencial Plano
Pendentes no Ramal (R\$): 0,00

CPH: 016.419.823-62
Tensão Nom.: 220 V - 90
LH/Seq: PK/00002-10000
Nr Redutor: 10140065929
Fator de Potência: 0,88

Data:

Emissão: 13/03/2019 Apresentação: 11/04/2019 Próximo prazo leitura: 11/04/2019

Desenvolvimento da Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	/B	0,65628	45,91
ICMS			10,94
PIS			6,78
COFINS			3,24

Itens Financeiros

Cip - Ilum Pub Pref Basic	3,95
Multa	2,61
Juros	0,96

Total a pagar: R\$ 68,31

Informações de tributos

Reservado ao Fisco

Tributo: Iene de cálculo: Aliquota IR: Valor IR: 1859,13/91,12/140,10/8,1481,1418,10/82,1/190

Vencimento de pagamento: 10/04

ANO/FQ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR
	73	74	80	77	67	65	73	97	83	85	74	77	76	70	

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Consumo	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtd. Dias	Resolução Anel
1.00	11/02/2019	13/03/2019	10	74.58/18
Cará. de Leitura	Leritura Anterior	Leritura Atual		
At. Ivo Total	2.155	2.223	78	Tarifa sem Tributos

Reservado de Vencimento

Informações para o cliente

* A CEMAR, em entendimento à Lei Federal n° 12.807 de 25/07/2008, declara quitado os débitos referentes ao ano de 2018, * excetuando os débitos posteriormente gerados, tais como os valores decorrentes de consumo eventualmente não registrada na revisão de faturamento gerados no mesmo período. Esta declaração substitui as declarações entregues * nos anos anteriores.* Períodos: Basé, Tarif., Verde: 12/02 - 13/03.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTRIBUTO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

LooooooooooooooLoooooooooooooL

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
	OI FIXO PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL SERVICOS DIGITAIS	74,69
	OI VELOX	R\$ 72,72
	OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA ASSINATURA VELOX OI LEITURA	72,72

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
160800374461

BEM-VINDO AO DE SINISTROS
DPVAT www.oi.com.br/MinhaOi
CONTEÚDO NÃO VINCULADO - 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:
 19.305.251-5
 AV. FR. SERAFIM, 1782 - TERESINA - PI CEP: 64001-020
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
 TELEFONE/CONTRATO: 32120215 CJ 0 SU 6
 CONTA 04/2019 LOCAL 3150 DV 8

Gente Seguradora S/A
 AV. Ana Jansen, N° 480 - Centro
 São Francisco - São Luís-MA
 CÓDIGO MINHA OI
 160800374461
www.oi.com.br/MinhaOi

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

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: 160800374461