

# 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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000116011-8

---

Nr. da Autenticação A7FB217513E08CCF

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180511345      **Cidade:** Nossa Senhora de Nazaré      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 03/07/2018      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180511345      **Cidade:** Nossa Senhora de Nazaré      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 03/07/2018      **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL  
SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
Observações:

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 · (86) 3252-1372

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: 17866  
Data: 03/07/2018  
Funcionário: SOCORRO

Registro: 74330  
Hora: 10:19:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 36

**SUS**

**EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA**

Nasc.: 12/10/1963 Idade: 54 ANOS, 8 MESES, 22 DIAS Profissão:

End.: LOCALIDADE PASSA BEM, 0 - Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDAS Telefone: (86) 9811-53501 Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

CPF: - RG: 2443052 - SUS: 160877016870008

Civil: CASADO(A) CEP: 64288-000

Cidade: NOSSA SENHORA DE

PA: LUIS FORTES PEREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demandas: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**História Clínica/Exame físico:**

Hora: \_\_\_\_\_

Internação

Qd: exame  
ma nenh

EN: *Exame* PA 162  
gr

**Exames Complementares:**

**Diagnóstico provável:**

**Prescrição Médica:**

11:00 - Verrugas 41-611  
11-11-11  
02-211111-200  
- VI -  
hora: 10:19:00 - 03/07/2018

**Anotações da Classificação de Risco**

**Prioridades:**

Vermelho - Emergência  Laranja - Multo Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa/História:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO DOR EM MIE

**Alergias:** XAROPE

PA: 130/90 mmHg

TAX: 00c

FC: 108 bpm

Glicemia: 119 mg/dl

**Medicação Usual:**

FR: 0 bpm

SAT 02: 91

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduita:**

**Dados da Alta**

Alta  Óbito  Evasão  Transferência Destino: \_\_\_\_\_

528962 - MAIRA GENY CARVALHO E SILVA  
Enfermeiro Responsável

Hora:

30 OUT 2018  
DE CORRETO  
DE SEGUROS  
DPVAT

Maia Geny Carvalho Silveira  
Enfermeira  
COREN-PI 528.962

*Assinatura do paciente*  
EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

1872 - FRANCISCO AGAMONON DE SOUSA SOARES  
Médico Reconhecível

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES

2777754

4 - CNES

2777754

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160877016670008

10 - NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES FORTES

12 - FONE/FRECO

LOCALIDADE PASSA BEM, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DE NAZARE

14 - DATA DE NASCIMENTO

12/10/1963

Masc.

Fam.

2

11 - FONE DE CONTATO

(86) 9811-53501

15 - HES 16 - CEP

2206753

PI

64266-000

8 - N° DO PRONTUÁRIO

74330

9 - SEXO

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ME ENTRAR FINTA  
ACIDOSA E FEBRE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ATACOS ESTRENS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ANALISES DE ORIGEM SANGUÍNEA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSA ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080500

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - CLÍNICA

27 - CÂRÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

( ) CNS ( x ) CPF

30 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

03/07/2018

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

27 - CÂRÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

URGÊNCIA

( ) CNS ( x ) CPF

30 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

30 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

03/07/2018

30 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

40 - N. DA AUT. DE INTERNACAO HOSP.

41 - CÓD. ORGÃO EMISOR

E220000002

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

43 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( x ) CPF

091.143.513-15

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - N. DA AUT. DE INTERNACAO HOSP.

41 - CÓD. ORGÃO EMISOR

E220000002

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

43 - DOCUMENTO

( ) CNS ( x ) CPF

091.143.513-15

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

56 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

58 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

64 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

68 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

70 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

74 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

80 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

82 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

86 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

88 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

92 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

94 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

98 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

100 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

101 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

102 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

103 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

104 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

105 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

106 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

107 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

108 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

109 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

110 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

111 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

112 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

113 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

114 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

115 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

116 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

117 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

118 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

119 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

120 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

121 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

122 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

123 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

124 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

125 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

126 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

127 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

128 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

129 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

131 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

132 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

133 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

134 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

135 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

136 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

137 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

138 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

139 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

140 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

141 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

142 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

143 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

144 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

145 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

146 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

147 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

148 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

149 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

150 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

151 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

152 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

153 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

154 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

155 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

156 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

157 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

158 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

159 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

160 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

161 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

162 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

163 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

164 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

165 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

166 - NOME DO PROFI

## BOLETIM DE ADMISSÃO

74330 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 12/10/1963 - 54 ANOS, 8 MESES, 22 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL. Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0406 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

CPF: RG: 2443052 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LOCALIDADE PASSA BEM, N° 0 - CEP: 64288-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2206753- NOSSA SENHORA DE Profissão: Telefone: ( )

Pai: LUIS FORTES PEREIRA Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

Responsável: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### História Clínica

NTC CRM: 1872

HE: 113116 - 01/07/2018

Exame:

Diagnóstico Provável

NTC CRM: 1872

HE: 113116 - 01/07/2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
30 OUT 2018

DPVAT

FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Edna de Oliveira ENF: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Solteiro ( ) Casado / União Estável ( )  
Viúvo ( ) Separado ( )

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município ( ) Outros: Enfermeira de clínica SAMU ( )  
Desambulando ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Sozinho ( ) Acompanhado ( )

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Obstétrico ( )

Se obstétrico: DUM: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
Queixa principal: Enfermeira de clínica

### 4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hiperidrose ( ) Diabetes ( ) Febre ( ) Edema ( ) Doença cardíaca  
Doença renal ( ) Alergias ( ) Outros ( ) Um diafeze não pode mijar na cama

### 5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência:	Lúcido ( )	Confuso ( )	Coma superficial ( )	Coma profundo ( )
Estado emocional:	Agitado ( )	Tranquilo ( )	Tenso ( )	Deprimido ( )
Pele:	Normal ( )	Hipocorada ( )	Cianose ( )	Sudorese ( )
	Hidratada ( )	Desidratada ( )	Hiperemia ( ) Local:	_____
Integridade da pele:	Sim ( )	Não ( ) Obs: <u>Enfermeira de clínica</u>		
Rede venosa:	Visível ( )	Não visível ( )		
Edemas:	Ausência ( )	Prosema ( ) Local: _____	Generalizado ( )	

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéxico ( ) Bradipnéxico ( ) Taquipnéxico ( ) Dispnéxico ( )

Tosse seca ( ) Tosse produtiva ( ) Hemoptiso ( ) Dor torácica ( ) Epistaxe ( )

Outras: \_\_\_\_\_

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia ( ) Prosema ( ) Disfagia ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Hematémesia ( )

Dor abdominal ( ) Dor epigástrica ( )

Alimentação: Oral ( ) Por SNG ( ) Aceita normal ( ) Aceita parcial ( ) Não aceita ( )

Hábito intestinal: Freqüência diária ( ) Diarréia ( ) Constipado ( ) Última evacuação: \_\_\_\_\_

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal ( ) Por SVD ( ) Poliúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Hematúria ( )

Incontinência ( ) Disúria ( ) Anúria ( ) Aspecto: Claro ( ) Trufo ( )

Sono e repouso: Preservados ( ) Insatisfatórios ( )

Outras queixas: Febre ( ) Dor ( ) Local: \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_

SSV: Tax ( ) P ( ) R ( ) PA ( )

Medicações de uso regular: Não ( ) Sim ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem: Respiratória de clínica

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

30 OUT 2010

**DPVAT**

Data: 13/10/10 Enfermeiro: Andréa Pires de Oliveira

*Enfermeira*  
CBREN-PI: 236.845



## Resumo de Alta / Transferência

1011142 -EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Data: 03/07/2018 Leito: CC0406

## RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Foram dadas 04 doses de 1000mg de Cetorizina 01 vez ao dia. O paciente teve melhora significativa.

Dr. Cesar Batista Rabelo

CPF: 210.060.543-34

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

## Condições de Alta / Transferência

 Curado  Melhorado  Inalterado  ÓbitoDestino:  Residência  Atendimento domiciliar  Transferência para:

Observação:

P.J CORRETORA  
DE SEGUROSDr. Cesar Batista Rabelo  
CRM: 2252-01

CPF: 210.060.543-34

Dr. Cesar Batista Rabelo

CRM: 2252-01

CPF: 210.060.543-34

Data: 10/07/2018

Médico

CRM/Carimbo





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

**Evoluçãoes Multiprofissionais**

*2018-04-08*

NOME: Eugenio Costa Oliveira

COV

LEITO: 04

**EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**HORÁRIO DE MEDICAÇÃO**

Otonirio Reis Lira

Spont coad C/flu

Pronto 24 hr C/flu

Urgencia 2000 ut/est 50 12/12/67

DATA/HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
<u>08/04/2018 08:00</u>	<u>Spont coad C/flu</u>	<u>12/12/67</u>
<u>08/04/2018 10:00</u>	<u>Pronto 24 hr C/flu</u>	<u>12/12/67</u>
<u>08/04/2018 12:00</u>	<u>Urgencia 2000 ut/est 50 12/12/67</u>	<u>12/12/67</u>
<u>08/04/2018 14:00</u>		
<u>08/04/2018 16:00</u>		
<u>08/04/2018 18:00</u>		
<u>08/04/2018 20:00</u>		
<u>08/04/2018 22:00</u>		
<u>08/04/2018 24:00</u>		

*À CORRETORA  
DE SEGUROS*  
30 OUT 2018



Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Regional de Campo Maior  
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546  
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI  
CNPJ: 06.553.564/0006-42

*2018-04-08 08:00 Eugenio Costa Oliveira*

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1

Data impresso: 05/07/2018

1011142 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Data da internação: 03/07/2018 - 11:14:00

Sexo: M

Idade: 55 ANOS

Convenio: SUS  
Clinica: CIRURGIA GERAL  
Leito: CC0404

05/ 2018

17:18 PACIENTE SEGUO NO 2ºDIH POR FRAT. TIBIA E FIBULA, CONSCIENTE, ORIENTADO FASICO, EUPNEICO, AFEBRIL,ACEITA DIETA ORAL.ELIMINAÇOES FISIOLOGICAS PRESENTES NORMAIS.SONO E REPOUSO PRESERVADO.QUEIXAS DE FRAQUEZA DOR NO LOCAL DA FRATURA.AGUARDA SENHA SER LIBERADA.

CRISTIANE

Cristiane Andrade  
Enfermeira  
CRF-PI 1453-215  
CRM-PI 382.215

Profissional

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ  
64280-000 - CAMPO MAIOR/PI

CNPJ: 06553564000642  
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 05/07/2018 - 10:55:42

Pág: 1/1

PACIENTE: 1011142-EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0404

IDADE: 55 ANOS

SUS

ADMISSÃO: 03/07/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/07/2018 - 10:52:53

DIETA LIVRE

SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	INTRAVENOSA (IV)	12/12H	14 GOTAS/MIN
DIPRONEA 500 MG/ML SOL. INJ. C/2 ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	06/06H	ASSOCIAR D: S/N
HEPARINA SODICA SUB-CUTANEA 5.000UI/0,25ML	1,00AMP	SUBCUTANEA (SC)	12/12H	
SOL. INJ.				
SVV E CCGG				
TALA INGUINOMALEOLAR				

Glauber  
Tecnic  
COP

Dr. Cesar Barros Rabelo  
CPF: 210.038.643-34

1222 - CESAR BARROS RABELO

Nome do paciente: Euvaldo Fortes Toméris. Koen Sexo: M Idade: 81  
Nome do avaliador:  Data: 06/03/13

**Escala de Morse**

**Condições**

**Avaliação**

Histórico de queda	Cliente não teve queda no último ano.
	Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.
Diagnóstico secundário	Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda. Se existir mais de que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão; incontinência urinária, tontura, vertigens etc.
Terapia endovenosa em perfusão	Nenhum dispositivo ou portcath sem infusão. Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não. Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação. Marcha lenta/fraca – passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.
Tipo de marcha	Marcha alterada/ cambaleante – passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoia na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.
Estado mental	Orientado – consciente de suas limitações. --Não consciente de suas limitações. Deambula sem qualquer apoio.
Ajuda na deambulação	Auxiliar de marcha – se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala Apoiado na mobília – se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.

Classificação de risco:

0-24 pontos= Risco Baixo 25-44 pontos= Risco Moderado  $\geq 45$  pontos= Risco Alto

35

**Escala de Morse**

**Condições**

**Avaliação**

Histórico de queda	Cliente não teve queda no último ano.
	Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.
Diagnóstico secundário	Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda. Se existir mais de que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão; incontinência urinária, tontura, vertigens etc.
Terapia endovenosa em perfusão	Nenhum dispositivo ou portcath sem infusão. Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não. Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação. Marcha lenta/fraca – passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.
Tipo de marcha	Marcha alterada/ cambaleante – passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoia na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.
Estado mental	Orientado – consciente de suas limitações. --Não consciente de suas limitações. Deambula sem qualquer apoio.
Ajuda na deambulação	Auxiliar de marcha – se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala Apoiado na mobília – se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.

Classificação de risco:

0-24 pontos= Risco Baixo 25-44 pontos= Risco Moderado  $\geq 45$  pontos= Risco Alto

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ

64280-000 - CAMP. MAIOR/PI

CNPJ: 06553564000642

TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 06/07/2018 - 10:37:36  
Pág.: 1/1

PACIENTE: 1011142-EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

ENFERMARIA: CCOA-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0404

ADMISSÃO: 03/07/2018

IDADE: 55 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 3

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

06/07/2018 - 10:32:54

DATA LIVRE

SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML	1,006S	INTRAVENOSA (IV)	12/12H	14 GOTAS/MIN
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	06/06H	ASSOCIAR AD - S/IN
HEPARINA SODICA SUB-CUTANEA 5.000UI/0,25ML SOL. INJ.	1,00AMP	SUBCUTANEA (SC)	12/12H	
TRAMADOL CLORIDRATO 50 MG/ML (TRAMAL)	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	03/08H	
CETOPROFENO 100MG/ML	1,001AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H	DILUIR EM 100ML SF 0,9%
RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H	DILUIR EM 100ML SF 0,9%
SSW E CCGG				DILUIR EM AD
TALA INGUINOMALEOLAR				

Andre Rodrigues de Oliveira  
Residente em Ginecologia e  
Obstetricia  
CRM-PI 4850  
FUT 15142

**ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL****1011142 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA**

Data da internação: 03/07/2018 - 11:14:00

Sexo: M

Idade: 55 ANOS

Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL

Leito: C00404

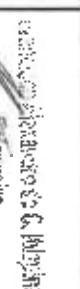
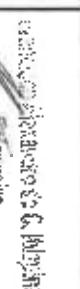
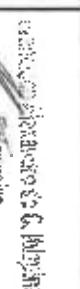
17/07/2018

EM TEMPO: PACIENTE REGULADO PELA DR. LUMA, PERMANECE AGUARDANDO SENHA.

PROFISSIONAL	ASSINATURA
TAMIRÉS KAREN MOURA MÔNTE	
SIMONE DE PAIVA FIDÉLES	
SIMONE DE PAIVA FIDÉLES	
MARCUS VINÍCIUS GONÇALO DE SOUSA	
JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	

## ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

**I011142 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA****Data da internação: 03/07/2018 - 11:14:00****Sexo: M****Idade: 55 ANOS****Convenio: SUS****Clinica: CIRURGIA GERAL****Leito: CCC0404****08/07/2018**

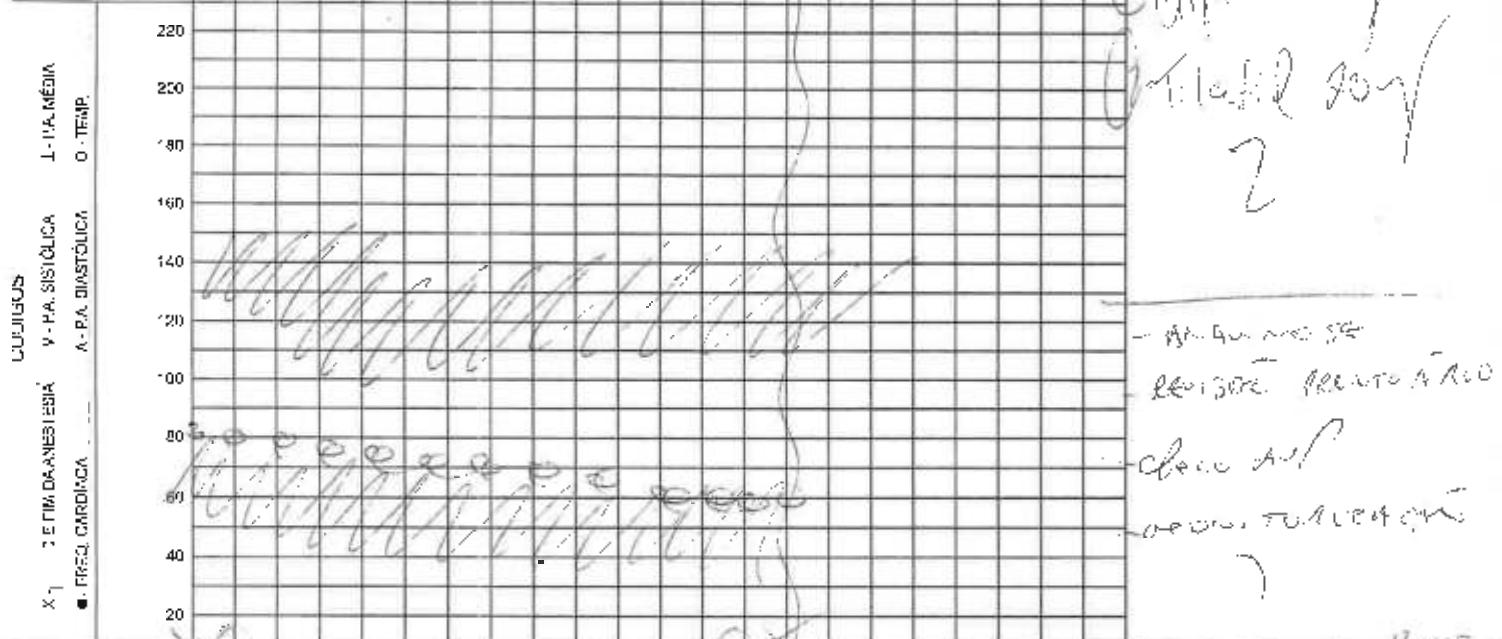
	PROFISSIONAL	ASSINATURA
45	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBAPINA	
11:55	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBAPINA	
18:15	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBAPINA	

**BOLETIM DE ANESTESIA**

DATA	03/07/18	SALA
PRONTO-UNIFORME		

PACIENTE	VERANDO FORTES	DATA	16/07/18	IDADE	11	DATA DE NASC.	1987	PESO	60	SEXO	M
PROCEDIMENTO	ESTERILIZAÇÃO	RESPIRAÇÃO	REGULAR	ESTADO FÍSICO ASA	II						
PRESSÃO ARTERIAL	100	RESPIRAÇÃO	REGULAR	TEMPERATURA	36.5	PESO	60				
LEMBAGENS	AMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	ALTURA	170	OUTROS					

OXIGÉNIO	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SEVOFLUHANZ	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
[G] SG 5% UF 0.9% NANCER	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
[H] CLÍQUE: PLASMA TRANSFUSION	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
SGO <sub>2</sub> (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
EtCO <sub>2</sub>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



SÍMBOLOS	XO	INÍCIO	13:00	FIM	14:45
TISSUE		DURAÇÃO	115		

ÉTICA ANESTÉSICA	PAUTA ANESTÉSICA: - BISSEXTA 24-07-18	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>
Observações:	1. Necessário 24-07-18 PRÉ-ANESTÉSICA	<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnômetro	<input type="checkbox"/>
ANESTÉSICO	2. - Reforço via endotraqueal - BIS 100				
ANESTÉSICO	3. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	4. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	5. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	6. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	7. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	8. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	9. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	10. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	11. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	12. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	13. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	14. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	15. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	16. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	17. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	18. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	19. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	20. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	21. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	22. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	23. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	24. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	25. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	26. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	27. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	28. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	29. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	30. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	31. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	32. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	33. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	34. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	35. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	36. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	37. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	38. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	39. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	40. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	41. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	42. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	43. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	44. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	45. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	46. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	47. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	48. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	49. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	50. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	51. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	52. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	53. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	54. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	55. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	56. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	57. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	58. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	59. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	60. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	61. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	62. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	63. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	64. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	65. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	66. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	67. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	68. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	69. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	70. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	71. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	72. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	73. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	74. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	75. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	76. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	77. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	78. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	79. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	80. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	81. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	82. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	83. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	84. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	85. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	86. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	87. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	88. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	89. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	90. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	91. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	92. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	93. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	94. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	95. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	96. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	97. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	98. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	99. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				
	100. - Infusão de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100				

**SEQUÊNCIA**

0. Bétaagonista  
1. Atropina  
2. Alergico  
3. Glucosado  
4. Insulina  
5. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

6. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

7. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

8. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

9. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

10. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

11. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

12. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

13. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

14. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

15. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

16. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

17. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

18. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

19. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

20. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

21. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

22. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

23. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

24. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

25. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

26. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

27. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

28. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

29. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

30. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

31. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

32. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

33. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

34. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

35. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

36. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

37. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

38. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

39. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

40. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

41. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

42. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

43. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

44. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

45. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

46. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

47. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

48. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

49. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

50. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

51. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

52. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

53. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

54. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

55. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

56. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

57. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

58. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

59. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

60. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

61. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

62. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

63. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

64. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

65. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

66. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

67. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

68. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

69. Infusao de 0,5 mcg/kg/min - Fentanil - 100

70. Infusao de

**BOLETIM DE ANESTESIA**

DATA	09/07/88	SALA
PRONTUÁRIO		

ACIENTE	EVERANDO FORTES 06 Divendr		IDADE		DATA DE NASC	PESO	SEXO	
POCHIMENTO	ESTERILIZANTE ALTA ESG				ESTADO FÍSICO ASA			
RESSACAARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS		
EMOGLOBINA	HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA			
OXIGENIO								
SEVOFLURANO								
GI	F	R	SF 90					
H	P		100 300					
GLICOPLASMA								
50 <sub>2</sub> (%)	100	100	100	100	100			
-EtCO <sub>2</sub>								
220								
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
40								
20								
SÍMBOLOS	X		C		INÍCIO		FIM 145	
DIURESE					1300		DURAÇÃO 145	

Técnica Anestésica: Anestesia - Passo 1 A 2407-30-31  
 Observações: - Paciente em 24-13 permanecendo com  
 pulmão 97% - refluxo náuseas chaco - Dose 100  
 100, incisiva, 600 ml - náusea subfase  
 TQ

<input checked="" type="checkbox"/> EOG	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Cianómetro	<input type="checkbox"/>		
GASES		l/min	Inicio	Fim	Tempo
Oxigênio					
Ar Medicinal					

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS**

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Ramifentanil	Fras
Adrenalinha	Amp	Dopanid	Amp	Nipride	Amp	Ranitidina	Amp
Áqua dest. 10ml	Amp	Efert	Amp	Noradrenalinha	Amp	Ringer-Lactato	Fras
Clore 200mg	Fras	Etedrina	Amp	Nisoceína 3,6%	Amp	Sufentanil	Amp
Conforadolina 1g	Amp	Fentanil (500mcg)	Amp	Nisoceína 0,6%	Amp	S. Fisiol. 0,9%	Fras
Clorendina	Amp	Fentanil (dextro)	Fras	Omeprazol	Fras	S. Glicosado. 5%	Fras
Clofibrate ( )	Fras	Glavofutano	MI	Pancuronio	Amp	Atracurio	Amp
Dexalnastatina	Amp	Hidrocortisona	Fras	Prifenile	Amp	Transeran	Amp
Diazepam	Amp	Ibotuleno	MI	Propofol	Fras	Nowbupi 0,5% v	Fras
Dirorol	Amp	Manitol	Fras	Protona	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metronidazol	Fras	Quelolin	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcer	Amp	Quetamina	Fras		

Dr. Lívio Lima Verde  
 Médico Anestesiologista  
 Anestesiologista - CRM

**BOLETIM DE CIRURGIA**CLÍNICA: Getúlio ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_NOME: Edson Ferreira DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1980DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Edson Ferreira

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA: Getúlio N° SALA: \_\_\_\_\_CIRURGIÃO: Alcides CRM-PI: \_\_\_\_\_AUXILIARES: 1º 2º \_\_\_\_\_INSTRUMENTADOR (A): Getúlio CIRCULANTE: Getúlio  
\_\_\_\_\_ CPF 240.067.168-16TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Abordagem clássicaAbordagem clássicaAbordagem clássicaAbordagem clássica

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: \_\_\_\_\_

Abordagem clássicaAbordagem clássicaAbordagem clássicaDATA: 03/07/18 HORA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO



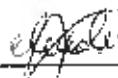
**PROTÓCOLO CIRURGIA SEGURA  
CHECK LIST - PRÉ-OPERATÓRIO**NOME: Zézinho Fábio de OliveiraDN: 111DA CLÍNICA: Cirurgica

PARA CENTRO CIRÚRGICO

- Conferir a identificação do paciente.
- Conferir o tipo de cirurgia agendada.
- Verificar a reserva de sangue na agência transfusional.
- Confirmar a reserva de vaga na UTI, se necessário.
- Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga.
- Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa.
- Conferir retirada de adornos, esmalte e prótese (dentadura, etc).
- Preparar o paciente com gorro, propés, camisola e lençol.
- Retirar peças íntimas.
- Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal.
- Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menor que 20
- Verificar instalação de hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%.
- Verificar sinais vitais e registrar no prontuário.
- Avaliar estado geral do paciente.
- Fazer o registro de enfermagem no prontuário.
- Confirmar com o centro cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado.
- Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente.
- Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 minutos antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 09 de 07 de 18

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA  
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO**

NOME: Evandro Forte - da Oliveira DN: 111  
 DO: CENTRO CIRÚRGICO  
 PARA CLÍNICA: Centro Cirúrgico DATA: 29/07/18 HORÁRIO: 11

Nº	ITENS A SEREM CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	<input checked="" type="checkbox"/>
	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verificar se há solicitação de Raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo dor).	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fazer registro de enfermagem no prontuário.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	<input checked="" type="checkbox"/>

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
	

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397334/18

**Vítima:** EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

**CPF:** 338.942.133-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/07/2018

**Titular do CPF:** EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ANTONIO ARAUJO DA SILVA : 914.187.203-72

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

### EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA : 338.942.133-53

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

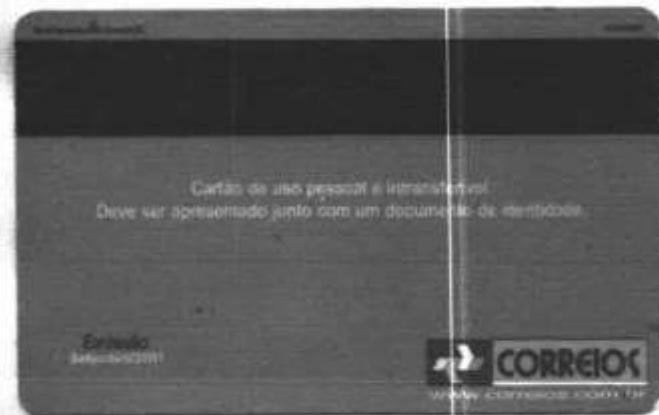
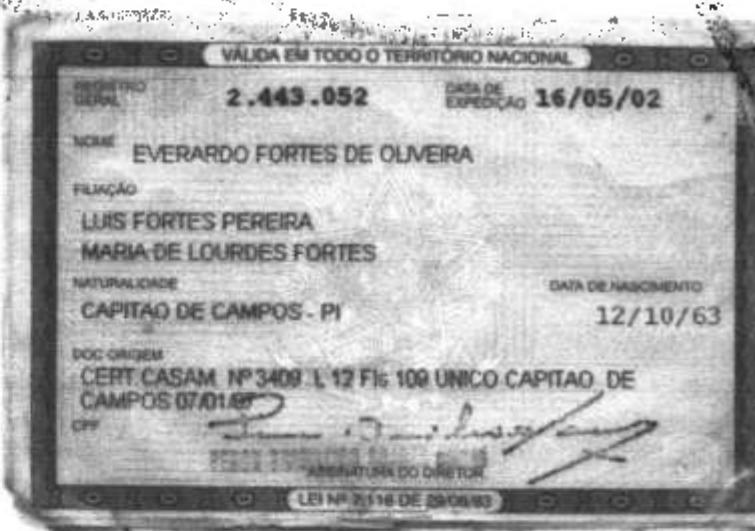
Data da entrega: 30/10/2018  
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 914.187.203-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN-PI

DETTRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
CÓD. RENAVAM: 01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

01044674412

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
WWW.SEGURADORAELDER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1264

DETRAN-PI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXPIRADO

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORAELDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1264

EXERCÍCIO

2018

DATA DE EMISSÃO

05/03/2018

PLACA

PIH-2262

EXPIRADO

PIH-2262

Nº CHASSI

9C2K01660PR010422

Nº CHASSI

9C2K01660PR010422

DATA DE PAGAMENTO

14/02/2018

PAGAMENTO

PARCELADO

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, EVERARDO FORTES de Oliveira FILHO

Portador do RG 3.511.371, data de expedição 22/09/10

Órgão expedidor SSP / PI CPF: 022.904.093-92 com domicílio na  
cidade de NSA SENHORA DE NAZARÉ - PI, no estado de PIAUÍ

Onde resido na LOCALIDADE DE PASSA BEM S/N INSA 5<sup>EN</sup> DE NAZARÉ

número 5/W complemento CASA

DECLARO, sob as penas da Lei que o veiculo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, GUERRERO FORTES DE OLIVEIRA cujo condutor era GUERRERO FORTES DE OLIVEIRA

VEICULO: MOTOCICLETA

ANO: 2014/2015

MODELO: HONDA / EG 150 TITAN EX

PLACAS: PJH - 2262

CHASSI: 9E2KE1660FR018422

DATA DO ACIDENTE: 03/07/2018

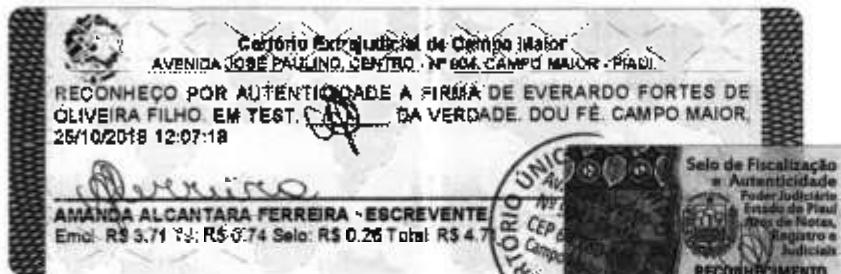
CENSO 1930, 25.10.1938

## Local e Data

### Assinatura do Declarante Proprietário

**Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA**

**Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)**  
**RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA**  
**POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA**



CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL  
DE CAMPO MAIOR-PI  
Amanda Alcantara Ferreira  
Escrevente



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: 17866  
Data: 03/07/2018  
Funcionário: SOCORRO

Registro: 74330  
Hora: 10:19:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 36

SUS

**EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA**

Nasc.: 12/10/1963 Idade: 54 ANOS, 8 MESES, 22 DIAS Profissão:

End.: LOCALIDADE PASSA BEM, 0 - Bairro: ZONA RURAL

Cor: Parda Telefone: (86) 9811-53501 Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

CPF: - RG: 2443052 - SUS: 160877016870008

Civil: CASADO(A) CEP: 64288-000

Cidade: NOSSA SENHORA DE

País: LUIS FORTES PEREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demandas: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**História Clínica/Exame Físico:**

Hora: \_\_\_\_\_  
 Internação

*Qd: exames  
ma nenh  
ex: exa  
na nenh*

**Exames Complementares:**

**Diagnóstico provável:**

**Prescrição Médica:**

*11:00  
11-07-2018  
11-07-2018  
02-2018-200  
- V -  
hora: 11:00 - CRM 1072*

**Anotações da Classificação de Risco**

**Prioridade:**

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa/História:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO APRESENTANDO DOR EM MIE

**Alergias:** XAROPE

PA: 130/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 bpm

SAT: 92: 91

Dor:

FC: 108 bpm

Glicemia: 119 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduita:**

**Medicação Usual:**

**Dados da Alta**

Alta  Óbito  Evasão

Transferência

Destino: \_\_\_\_\_

Hora:

528962 - MAIRA GENY CARVALHO E SILVA  
Enfermeiro Responsável

*Meridona da Silveira Amaro*

EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES  
Médico Responsável

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 02.42748/0001-92 / Insc. Estadual: 10.201.281-5  
Nota Fiscal / Controle Energia Eletro - Série 0-1  
Reimbresso total de Impostos, autorizado pelo Nro 2205/06

Para sair com a  
Eletrobras, ligue 160  
ou 161-160

SEU CÓDIGO  
0582810-4

011685168

Nº da Nota Fiscal:  
A Tudo Sobre Energia Elétrica - ISSN 1518-0006  
sob Lei nº 10.628 de 25 de abril de 2002.

DATA MÊS: 03/10/2018

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

68

64,17

EVERARDI FORTES DE OLIVEIRA  
LC PASSA BEM 12 RURAL U-RURAL  
CPF: 00033894213353  
CEP: 64.288-000 - NOSSA SENHORA DE NAZARE

DADOS DA LEITURA

Atual: 7691  
Anterior: 7623  
Constante de Multiplicação: 1.000  
Consumo Módulo: 68  
Consumo Faturado: 68

NORMAL

DATAS DA LEITURA

Atual: 24/08/2018  
Anterior: 29/10/2018  
Próxima Leitura: 25/09/2018  
Emissão: 26/09/2018  
Apresentação: 33

DETALHAMENTO DE CONSUMO DA

Código Suscata: RESIDENCIAL Leitura: 7691 Número Medidor: A972053 Ponto: Código Est.: 1.1.1.1 Média 12 meses: 54

HISTÓRICO DE CONSUMO

AGO/18	44	CONSUMO	68 A R\$ 0,6533-27 =	56,65
JUL/18	46	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		6,16
JUN/18	51	LORRCAÇÃO MONETÁRIA IG 07/18-00		0,34
MAI/18	43	MULTA POR ATRASO 07/18-00		0,61
ABR/18	54	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00		0,41
MAR/18	40	ADICIONAL BANDIFRA VERMELHA -	3,39	
FEV/18	51			
JAN/18	51			
DEZ/17	55			
NOV/17	52			
TARIFA SEM CREDICIA:				
8 A 68 - 0,6533-27				

INFORMAÇÕES PARA PAGAMENTO E VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade correspondente à fatura de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/10/2018, ou fatura das contas revisadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do corredor, no CBOCH. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou vencível(s) no valor de R\$ 42,16 (valor histórico). Caso haja efetuado o pagamento faltará registrar este débito.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 30 15 20 25

ESTRANHO AD PSC F006.3A64.55BA.158C.2EDB.2819.9540.CA9C

COMPOSIÇÃO DA FSC

Distribuição:	11,74
Energia:	22,29
Transmissão:	3,50
Entrega:	3,55
Outros:	15,57

INVESTIMENTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	56,65
Ajustado (CAB):	22,00%
Valor do ICMS:	12,46
Valor do PIS:	0,55
Valor do COFINS:	2,56

INSCRIÇÃO DE CONTINUIDADE

12,76 25,53 51,05 6,27 16,54 33,08 6,99  
10,75 1,60 0,75

07/2018

CAMPÔ MAIOR

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.840.748/0001-87 / Insc. Estadual: 10.301.393-5

SEU CÓDIGO

0582810-4

TOTAL A PAGAR - R\$

64,17

MÊS FATURADO

09/2018

VENCIMENTO

03/10/2018

Nº da Nota Fiscal:

011685168

FCAM

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT

8360000000 7 64170017000 5 0000000582 7 81040918008 2



SEQ.: 00148 UC: 0582810-4 DT. LEIT.: 26/08/2018 T. ENTR.  
LEITURA: 7691 NORMAL TOTAL: 64,17 CARGA  
DT. VENC.: 03/10/2018 IRREG.: 000 COLET



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 255851.000069/2018-30

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Alexandre Henrique Gouveia Soares

Data/Hora: 25/10/2018 - 14:46

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Data/Hora

03/07/2018 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOC.PASSA BEM, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

ZONA RURAL

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2443052 PI

Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

Pal: LUIS FORTES PEREIRA

Endereço: LOC.PASSA BEM, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 150 TITAN EX

Ano: Placa: Chassi:

Condutor: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

RG: 2443052 Órgão: UF RG: PI

2015 PIH2262 9C2KC1680FR018422

Renavam: Cor:

01044674412 Branca

End: LOC.PASSA BEM Número: Complemento:

Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA FILHO

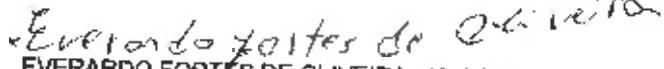
End: LOC.PASSA BEM Número:

Cidade: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

### RELATO DA OCORRÊNCIA

Comparou este DP, para noticiar conduzia a motocicleta supracitado, quando perdeu o controle da moto ao passar por um buraco em frente a sua residência, vindo ao chão. O noticiante foi socorrido por populares e encaminhado ao HRCM, onde foi atendido pelo médico plantonista FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES-CRM-PI1872, que após exames constatou fratura na tibia e fibula(E), ficando internado para tratamento cirúrgico. Era o registro.

  
Alexandre Henrique Gouveia Soares - Mat. 2866170  
AGENTE DE POLÍCIA

  
EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

30 OUT 2018



**Governo do Estado do Piauí**  
**Secretaria de Segurança Pública**  
**Delegacia Geral de Polícia Civil**  
**SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência**

980 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 255851.000069/2018-30**

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	338.342.333-53	EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	338.342.333-53
Profissão:	JURADOR	Endereço:	Nº 12 Complemento: CASA
Bairro:	ZONA RURAL	Cidade:	NSA SRA DE NAZARE
E-mail:	Estado: PI CEP: 64.888-000		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0616  CONTA: 116011  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

30 OUT 2018  
CORRETO RA  
DE SEGUROS

DPVAT

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou: \_\_\_\_\_

Sim  Não

Vítima deixou: \_\_\_\_\_

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.



Local e Data: NSA SRA DE NAZARE-PI 05.10.18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

X EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Antônio dasilva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: Zimilda Reboliques do Carmo  
CPF: 008.007.603-76

Assinatura

2º | Nome: Adonias Reboliques do Carmo  
CPF: 009.923.473-66

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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