

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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
Funcionario: 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 -

Cor: PARDA Telefone: (86) 9811-53501

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

CPF: - RG: 2443052 - SUS: 160877016870008

Civil: CASADO(A) CEP: 64288-000

Cidade: NOSSA SENHORA DE

Pai: LUIS FORTES PEREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

11:00
Ana Maria Gomes Silva
Médica de Emergência
CRM 12286

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: 00c

FC: 108 bpm

Glicemia: 119 mg/dl

Observação:

Conduta:

Medicação Usual:

FR: 0 mg/ml

SAT 02: 91

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0



528962 - MAIRA GENY CARVALHO E SILVA
Enfermeira
COREN-PI 528.962

528962 - MAIRA GENY CARVALHO E SILVA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

Hora:

EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA



Sistema Único de Saúde **Mir rio da Saúde**

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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

74330

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160877016670008

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/10/1963

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

1

2

10 - NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES FORTES

11 - TELEFONE DE CONTATO

(86) 9811-53501

12 - ENDEREÇO

LOCALIDADE PASSA BEM. 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NOSSA SENHORA DE NAZARE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2208753

15 - UF

PI

16 - CEP

64288-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ANTE EXAME FISIOLÓGICO
ATIVIDADE E INIBIÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

ANALISE FISIOLÓGICA

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

ANÁLISE FISIOLÓGICA E INIBIÇÃO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAMINA DE PAINEL S322

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04090500

26 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/07/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

38 () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 091.143.513-15

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Resana Fortes de Oliveira



Atendimento:	1011142
Data:	03/07/2018
Hora:	11:14

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
ANTONIA

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, Nº 0 - CEP: 64288-000 Bairro: ZONA RURAL

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

Pai: LUIS FORTES PEREIRA Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

HTA com tratamento
de risco e diabete
e dislipidemia

Diagnóstico Provável

HTA com tratamento
de risco e diabete e dislipidemia



FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Renata Costa de Oliveira ENF: _____

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

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros: Comunidade de Idosos
Deambulando () Cadeira de rodas () Meca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()

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

Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G _____ P _____ A _____

Queixa principal: Fratura de fêmur e fíbula

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca

Doença renal () Alergias () Outros () sem doenças não sabe informar nada

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (x) Contuso () Coma superficial () Coma profundo ()

Estado emocional: Agitado () Tranquilo (x) Tenso () Deprimido ()

Pele: Normocrado (x) Hipocrado () Cianose () Sudorética ()

Hidratação (x) Desidratado () Hiperemia () Local: _____

Integridade da pele: Sim () Não (x) Obs: Fratura de fêmur e fíbula

Rede venosa: Visível () Não visível ()

Edemas: Ausência (x) Prosença () Local: _____ Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico (x) Bradpneico () Taquipneico () Dispneico ()

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

Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

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

Hábito intestinal: Frequência diária () Diarreia () Constipação () Última evacuação: _____

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

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

Sono a repouso: Preservados () Insatisfatórios (x)

Outras queixas: Febre () Dor () Local: _____ Outras: _____

SSV: Tax"O: _____ P _____ R _____ PA _____

Medicações de uso regular: Não (x) Sim () Quais: _____

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção hospitalar

Data: 03/02/18 Enfermeiro: _____

Andréa Peres de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI: 236.843

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT



Resumo de Alta / Transferência

011142 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Data: 03/07/2018 Leito: CC0406

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente em estado estável
com intercorrências e
paciente em estado estável
com intercorrências e
paciente em estado estável
com intercorrências e

Dr. Cesar Borges Rabelo

CPF: 210.069.543-34

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Data:

Médico

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

Dr. Cesar Borges Rabelo
CPF: 210.069.543-34Dr. Cesar Borges Rabelo
CPF: 210.069.543-34



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

1011142 - EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

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

Sexo: M

Idade: 55 ANOS

Convenio: SUS

Unidade: CIRURGIA GERAL Leito: CC0404


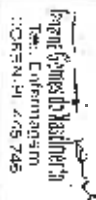

04/07/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

03 OUT 2018

PROFISSIONAL

ASSINATURA

03/07	Pa: 110X80, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CONCEIÇÃO DE MARIA FAÇANHA PEREIRA	
04/07	Pa: 110X70, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CONCEIÇÃO DE MARIA FAÇANHA PEREIRA	
10/07	PCT EVOLUIU NO SEGUNDO DIA POR TTO DE FRET. TIBIA E FIBULA. CONSCIENTE, ORIENTADO, PASICO, EUPNEICO, AFEBRIL. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, NEGA DM, HAS. AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, REALISADOS RX TÓRAX, G ENF JEJUNO, HEMOGRAMA. PCT REFRINDOR DOB DENIDO A TALA TROCAO TALA.	ANTONIA LEDA SOUSA BARROSO	 Antonia Leda Sousa Barroso CRM: 20.411/07
11/07	Pa: 130/90, Temp.: 35,8, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	 Janaina Gomes do Nascimento CRM: 20.411/07
18/07	Pa: 140/90, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	 Janaina Gomes do Nascimento CRM: 20.411/07



EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

Expenditure:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

9 OCT 2018

Piauí
GOV. DO ESTADO

LEITO: 274

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

22 June

Shogood Paul

Pyrene and 11M D 6666

Expire 000 at 0859 (50) 12/12/2007

12/2/20

Norman... 10

Tetra hydnocarpa

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

COLORED PEOPLE

— 5 —

Oct 20 1892

Phone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-6546
CEP: 84.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

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

Page 1 of 1
Data impresso: 05/07/2018

Profissional

Assinatura

05/07/2018

<p>PACIENTE SEGUE NO 2º DIH POR FRAT. TÍBIA E FIBULA. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACEITA DIETA ORAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. SONO E REPOUSO PRESERVADO QUEIXAS DE FRAQUEZA DOR NO LOCAL DA FRATURA AGUARDA SENHA SER LIBERADA.</p>	<p>CRISTIANE</p>	<p>CRISTIANE AGUIAR Enfermeira 05/07/2018 14:25</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	-------------------------------------------------------------

Assinatura do Médico
05/07/2018 14:25
73x. 36.5°C



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

Pág.: 1/1

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000 - CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 05553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 1011142-EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0404

ADMISSÃO: 03/07/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/07/2018 - 10:52:53

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 B5	INTRAVENOSA (IV)	12/12H	14 GOTAS/MIN
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	INTRAVENOSA (IV)	06/06H	ASSOCIAR AD - S/N
HEPARINA SODICA SUB-CUTANEA 5.000UI/0,25ML SOL. INJ.	1,00 AMP	SUBCUTANEA (SC)	12/02H	
SSV e CCGG				
TALA INGUINOMALEOLAR				

Gleide Viana e Silva
Téc. de Enfermagem
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PIAUÍ
12/07/2018

Dr. Cesar Barros Rabelo
CPF: 210.030.643-34

1222 - CESAR BARROS RABELO

Nome do paciente: Guarido Fortes
Nome do avaliador: Yaniris Korim

Sexo: M Idade: 66
Data: 06/10/18

Escala de Morse

Avaliação	Condições	x
Histórico de queda	Cliente não teve queda no último ano. Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input checked="" type="checkbox"/>
Terapia endovenosa em perfusão	Nenhum dispositivo ou portcath sem infusão. Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de marcha	Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação.	<input checked="" type="checkbox"/>
	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.	
Estado mental	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.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Orientado – consciente de suas limitações.	
Apoio na deambulação	--Não consciente de suas limitações.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Deambula sem qualquer apoio.	
	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: 35
0-24 pontos= Risco Baixo 25-44 pontos= Risco Moderado ≥ 45 pontos= Risco Alto

Escala de Morse

Avaliação	Condições	x
Histórico de queda	Cliente não teve queda no último ano. Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>
Terapia endovenosa em perfusão	Nenhum dispositivo ou portcath sem infusão. Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	<input type="checkbox"/>
Tipo de marcha	Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação.	<input type="checkbox"/>
	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.	
Estado mental	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.	<input type="checkbox"/>
	Orientado – consciente de suas limitações.	
Apoio na deambulação	--Não consciente de suas limitações.	<input type="checkbox"/>
	Deambula sem qualquer apoio.	
	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 ≥ 45 pontos= Risco Alto



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Impresso: 06/07/2018 - 10:37:36

Pág.: 1/1

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564/000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 1011142-EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

IDADE: 55 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC04-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0404

ADMISSÃO: 03/07/2018

DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

06/07/2018 - 10:32:54

DELTA LIVRE			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% SOD ML	1,00BS	INTRAVENOSA (IV)	12/12H 14 GOTAS/MIN
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INL C/ 2 ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	06/06H ASSOCIAR AD - S/N
HEPARINA SODICA SUB-CUTANEA 5.000UI/0,25ML SOL. INL	1,00AMP	SUBCUTANEA (SC)	32/12H DILUIR EM 100ML SF 0,9% 5/10
TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML (TRAMAL)	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	08/08H DILUIR EM 100ML SF 0,9%
CETOPROFENO 100MG/ML	1,001AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H DILUIR EM AD
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00AMP	INTRAVENOSA (IV)	12/12H
SSV I CCGG			
TALA INGUINOMALEOLAR			

Andre Rodrigues O. Cortez
Núcleo de Radiologia
CRM-PI 4850
CEM-PI 15142
FEUT 15142



4850 - ANDRE RODRIGUES DE OLIVEIRA CORTEZ



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: CC0404
07/07/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

		PROFISSIONAL	ASSINATURA
EM TEMPO: PACIENTE REGULADO PELA DR. LILIANA, PERMANECE AGUARDANDO SEMNA.		TAMIRES KAREN MOURA MONTE	
12:51	Pa: 130/80, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SIMONE DE PAIVA FIDELIS	
12:52	Pa: 100/70, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	SIMONE DE PAIVA FIDELIS	
13:13	CLIENTE NO 5º DIA POR FRATURA DE TÍBIA E FIBULA "E", EM REPOUSO NO LETO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, HIPOATIVO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCOORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATORIO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO E SEGUE MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	
	Pa: 130/90, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	JANAINA GOMES DO NASCIMENTO	 JANAINA GOMES DO NASCIMENTO Téc. Enfermagem CNPJ: 06553564/000642



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 250
SAO LUIZ CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

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: CCO404
08/07/2018

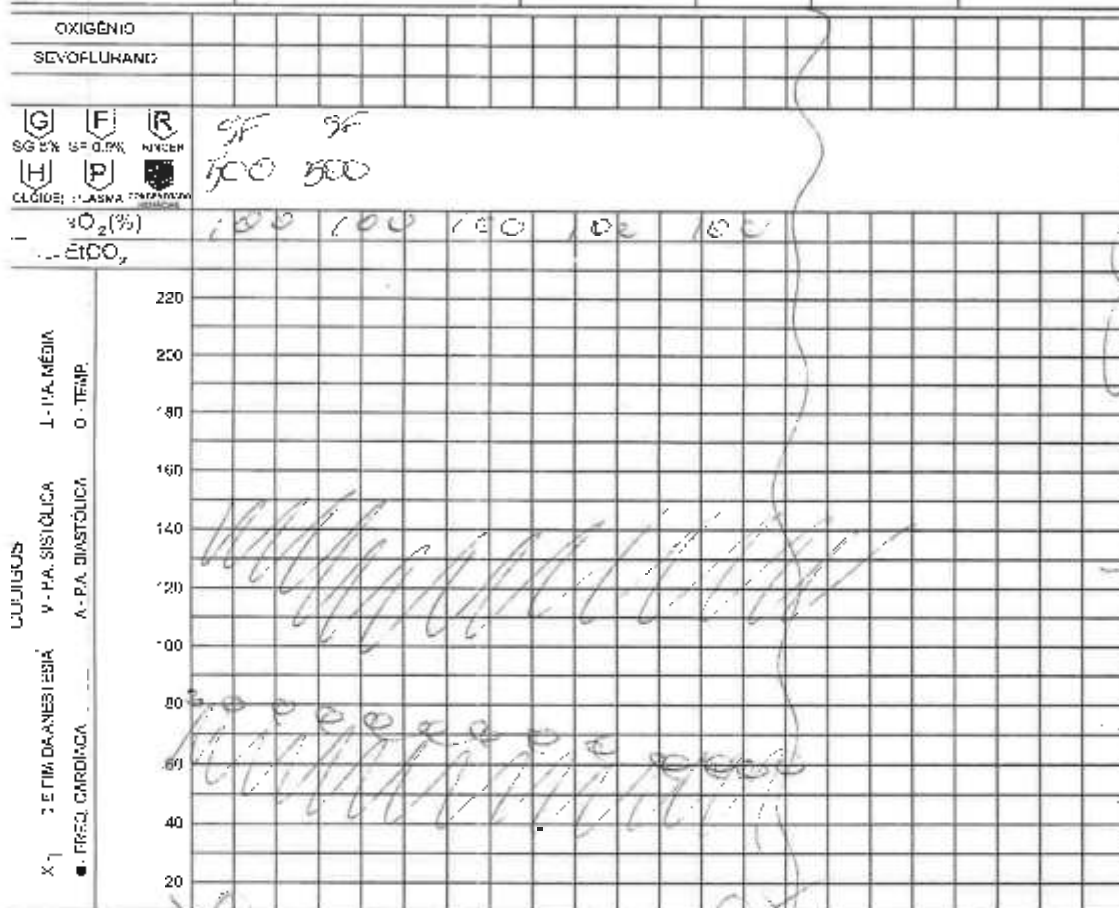
PROFISSIONAL ASSINATURA

45	SEGUE POR FRATURA DE TIBIA E FIBULA, COM SOLICITAÇÃO DE PARECER DO CARDIOLOGISTA, REGULADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, NORMOCORALDO, HIDRATADO, SONO SATISFATORIO, ACEITA A DIETA, ELIMINAÇÕES REGULARES.	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
11:55	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/60, Temp.: 36, FC: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	
18:15	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 130/80, Temp.: 36,3, FC: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA	

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 09/07/18	SALA:
PRONTUÁRIO:	

PACIENTE: ERVARDO FORTE DE OLIVEIRA	IDADE:	DATA DE NASC:	PESO:	SEXO:
PROCEDIMENTO: ORTOSTOTOMIA HIPA ESQ.	ESTADO FÍSICO ASA:			II
PRESSÃO ARTERIAL:	FC:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:
HEMOGLOBINA:	HEMATOCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	CREATININA:



SEQUÊNCIA

03/07/18
03/07/18
03/07/18
2

- An. 4m 2m 5m
Revisão. Pronto A. A. O.
check up
aprox. 10:15:00

SÍMBOLOS:	INÍCIO:	FIM:
EXATIDÃO:	13:00	14:45

Ética Anestésica: 14603 ANESTESIA: 135531A 2 ANO - 35031A
Observações: Paciente em 14-5 PRONTO A. A. O. com
b. n. c. 25% - Ref. 100% - Ref. 100% - Ref. 100%
50% - Ref. 100% - Ref. 100% - Ref. 100%

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>	
GASES	L/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Air Medidinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Renifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormond	Amp	Nápride	Amp	Rentilina	Amp
Água dest. 10cc	Amp	Etortil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0.5% 100ml	Amp	Sutentant	Amp
Cisatrina 1g	Amp	Fentanil (s. cor)	Amp	Neocaina 0.5% 100ml	Amp	S. Fisiológico 0.9%	Fras
Ciklidina	Amp	Fentanil (frase)	Fras	Omsprezo	Fras	S. Glicosado 5%	Fras
Código ()	Fras	Sevoflurano	Ml	Paquiridina	Amp	Atracúrio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Propofol	Amp	Transamin.	Amp
Fazepam	Amp	Isotufano	Ml	Propofol	Fras	Novobupr 0.5% v	Fras
Demor	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dolivina	Amp	Vasconidazol	Fras	Quelidn	Fras		
Obutamina	Amp	Vencan	Amp	Quotamina	Fras		

Dr. Lívio Lima Verde
Médico Anestesiologista
CRM: 10000

DATA	09/07/18	SALA
PRONTUÁRIO		

ACIDENTE	Everardo Fortes AG Oliveira					IDADE	DATA DE NASC		PESO	SEXO
DOENÇA	Doença de Tiroide								ESTADO FÍSICO ASA	
RESSACA ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS				
EMOGLOBINA	HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA					

[illegible]

SEQUÊNCIA

Calaguala 2/

- ANÁLISE
 REVISÃO PRELIMINAR
 CHECK LIST
 COM: TUBERIZAÇÃO

INICIO	FIM
13/08/2011	14/08/2011

[illegible]

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

MEDICAMENTOS ORALES											
Ampicilina		Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina		Amp	Ranitidina		Fras
Adrenalina		Amp	Omeprazol		Amp	Nifedipina		Amp	Ranitidina		Amp
Agua dest. l/m.		Amp	Etoricoxib		Amp	Nisoldipina		Amp	Ringer-Lactado		Fras
Ciprofloxacino		Fras	Etiopirato		Amp	Nitroglicerina		Amp	Sulfacetamida		Amp
Cefazolin sód.		Amp	Fentanilo (vaseo)		Amp	Nitrofurantoina		Amp	S. Fisiológico, 0,9%		Fras
Clonidina		Amp	Fentanilo (injec.)		Fras	Omeprazol		Fras	S. Glucosado, 5%		Fras
Glicérol		Fras	Savoflutano		Ml	Pancurônio		Amp	Atacordio		Amp
Dexametasona		Amp	Hidrocodona		Fras	Profenol		Amp	Transamin		Amp
Diazepam		Amp	Ibuprofeno		Ml	Propofol		Fras	Noxibupr 0,5% v		Fras
Diltiazem		Amp	Manitol		Fras	Protulina		Amp	Lidocaina 2% v		Fras
Dipirona		Amp	Mastromidazol		Fras	Quelidon		Fras			
Desbutatrina		Amp	Narcot		Amp	Quetiapina		Fras			

Dr. Lívio Lima Verde
Médico Anestesiologista - CRM

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Urologia ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____NOME: Evandro José de Oliveira DATA DE NASCIMENTO: 11/11/71DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fistula Urinária 7/11/71

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Cistostomia Nº SALA: _____CIRURGIÃO: Marcelo CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): Marcelo CIRCULANTE: MarceloMunicípio de Campo Maior - PI
CNPJ 24.000.000-00TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Cistostomia

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA: 09/12/18 HORA: _____

CIRURGIÃO

Paciente

Eusabio Soares de Oliveira

Data de nascimento: *1*

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO (SIGNIN)

Confirmar com o paciente:

Identidade (nome e data de nascimento): () Sim () Não

Sexo? () Sim - Quantas vezes? () Não

Procedimento programado:

Do doente: () Sim () Não

Usar dispositivo médico? () Sim () Não

Está na sala e confortável? () Sim () Não

Consentimentos informados preenchidos e assinados:

Pare anestesia () Sim () Não

Pare Cirurgia () Sim () Não

Exames de imagem essenciais estão disponíveis?

() Sim () Não () Não se aplica

Avaliação pré-anestésica realizada (folha no prontuário)

() Sim () Não

Medicamentos disponíveis para anestesia disponíveis na sala?

() Sim () Não

Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionamento?

() Sim () Não

O paciente possui alergia?

() Sim () Não

Paciente em via aérea difícil com plano de contingência?

() Sim () Não

Equipamentos para monitorização disponíveis? () Sim () Não

Paciente tem risco de perda sanguínea excessiva durante o processo?

() Sim () Não

Tem acesso endovenoso adequado? () Sim () Não

Tem reserva de sangue? () Sim () Não

CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

CONFIRMAÇÕES (TIME-OUT)

Todos os membros da equipe se apresentam e função.

Todos os responsáveis confirmam corretamente:

- Identificação do paciente;

- Procedimento programado;

- Sítio cirúrgico demarcado;

- Placa de bloqueio posicionada corretamente;

() Sim () Não () Não se aplica

Antes da incisão, a equipe confirma se todos os membros?

() Sim () Não () Não se aplica

Antes da incisão, a equipe confirma se todos os membros?

() Sim () Não () Não se aplica

Equipe cirúrgica: Alguns etapas críticas previstas

() Sim - Quer?

() Não

Equipe de anestesia: alguns procedimentos e testes?

() Sim - Quer?

() Não

Checklist da equipe de enfermagem:

Todos os instrumentos estão disponíveis?

() Sim () Não

Todos os locais de acesso estão devidamente marcados?

() Sim () Não

Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?

() Sim () Não

Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?

() Sim () Não

Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?

() Sim () Não

Obs:

Paciente em via aérea difícil com plano de contingência?

Paciente em via aérea difícil com plano de contingência?

Paciente em via aérea difícil com plano de contingência?

Paciente em via aérea difícil com plano de contingência?

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		ALERGIA A:					
DATA:	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.:						
CIRURGIA REALIZADA:							
TIPO DE ANESTESIA:							
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS						SAÍDA
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'		
P.A.							
F.C./PULSO							
TEMPERATURA							
OXIMETRIA							

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCORE DA DOR
CONSCÊNCIA				
Completamente acordado = 2				
Desperta ao chamado = 1				
Não responde ao chamado = 0				

**PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA
CHECK LIST - PRÉ-OPERATÓRIO**NOME: Ugnaldo Fátor de Oliveira DN: 1/1/1DA CLÍNICA: Emergência

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 jélico 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 18Enfermeiro responsável: 

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

NOME: Franclina Forte de Oliveira DN: 1/1

DO: CENTRO CIRÚRGICO

PARA CLÍNICA: Cirurgia DATA: 29/07/18 HORÁRIO: 1

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

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

Polícia Paralela

Everardo Fortes de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.443.052 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/02

NOME EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
LUIS FORTES PEREIRA
MARIA DE LOURDES FORTES

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAPITAO DE CAMPOS - PI 12/10/63


DOC ORIGEM
CERT. CASAM Nº 3409 L 12 Fls 100 UNICO CAPITAO DE CAMPOS 07/01/87

CPF *[Signature]*
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 29/06/93

Cartão de uma pessoa e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Enteado 34900002001

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
338.942.133-53

Nome
EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Nascimento
12/10/1963

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - PI Nº 013156716455
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01044674412 EXERCÍCIO 2018

NOME EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA FILH

CPF / CNPJ 02220409392 PLACA PIH-2262

CLASSE 9C2KC1660FR018422

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NEUTRA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

CAT. / POT. / OIL B2E/0149CC

CATEGORIA PARTICU

COB. PRECOCINANTE BRANCA

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

VENIC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

VENIC. COTA ÚNICA 2ª PAGO

VENIC. COTA ÚNICA 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 14/02/2018

SEM RESTRIÇÕES

LOCAL NOSSA SENHORA DE NAZARE

DATA 05/03/2018

PI Nº 013156716455 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1264

VIA 1 CDD. RENAVAM 01044674412 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/03/2018

CPF / CNPJ 02220409392 PLACA PIH-2262

CLASSE 09

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

CAT. / POT. / OIL B2E/0149CC

CATEGORIA PARTICU

COB. PRECOCINANTE BRANCA

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

VENIC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

VENIC. COTA ÚNICA 2ª PAGO

VENIC. COTA ÚNICA 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 14/02/2018

DATA DE OUTUBRO 185,30

SEGURADORA LIDER DPVAT

CNPJ 09.255.504/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA FILHO

Portador do RG 3.511.371, data de expedição 221 09 1 10

Órgão expedidor SSP 1ª P1 CPF: 022.204.093-92 com domicilio na

cidade de NSA SENHORA DE NAZARE-PI, no estado de PIAUI

Onde resido na LOCALIDADE PASSA BEM S/N / NSA SENHORA DE NAZARE

número S/N 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, EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA cujo condutor era EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

VEICULO: MOTOCICLETA

ANO: 2014/2015

MODELO: HONDA / CG 150 TITAN EX

PLACAS: PIH-2262

CHASSI: 9C2KE1660FRO18422

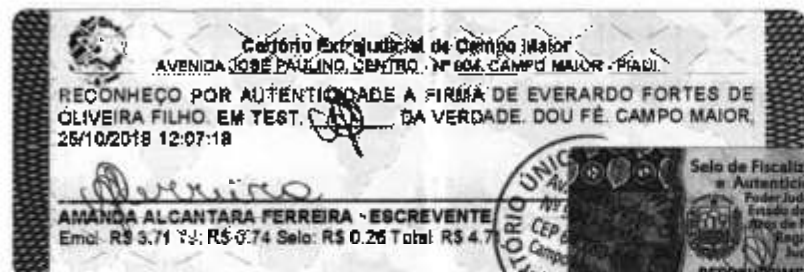
DATA DO ACIDENTE: 03 1 07 1 2018

Campo Maior - PI 25.10.2018

Local e Data

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
Escrivente





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
Funcionario: 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

Pai: LUIS FORTES PEREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

11:00
São Paulo Campos
Vila 200
Cidade 11112

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

Medicação Usual:

PA: 130/90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mmHg

SAT 02: 91

Dor:

FC: 108 bpm

Glicemia: 119 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta:



Márcia Geny Carvalho e Silva
Enfermeira
COREN-PI 528.962

528962 - MAIRA GENY CARVALHO E SILVA
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

Márcia Geny Carvalho e Silva
EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARE
Márcia Geny Carvalho e Silva

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.243.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.321-8
Nota Fiscal e Comprovante de Energia - Série 8-1
Registre-se: e-mail de reclamação: atendimento@cpel-piaui.com.br

A Tabela Serial de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA RESUMO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	03/10/2018	68	64,17

EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA
LC PASSA BEM 12 RURAL U-RURAL
CPF: 00033894213353
CEP: 64.262-000 - NOSSA SENHORA DE NAZARE

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 7691	26/09/2018
Anterior: 1,000	24/08/2018
Constante de Multiplicação: 68	Anterior: 29/10/2018
Consumo Medido: 68	Próxima Leitura: 25/09/2018
Consumo Faturado: 68	Emissão: 26/09/2018
	Apresentação: 33

TIPO DE CONSUMIDOR	CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO MEDIDOR	POSTO	CÓDIGO FISCAL	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL	MONO	A972053		1.1.1.1	54

HISTÓRICO DA CONTA	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR (R\$)
AGOS/18	CONSUMO	56,65
JUL/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,16
JUN/18	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00	0,34
MAI/18	MULTA POR ATRASO 07/18-00	0,61
ABR/18	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	0,41
MAR/18	ADICIONAL BANDA LARGA VERMELHA	3,39
FEV/18		
JAN/18		
DEZ/17		
NOV/17		
TARIFA SEM TRIBUTOS		0 A 60 - 0,64050

MES/ANO	VALOR R\$	UNIDADE CONSUMIDORA
08/2018	70,39	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SCERH. Informamos ainda a existência de conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 42,16 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor providenciar este aviso.

LIQUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RECORRIDO AO PSCO F006.3A64.55BA.158C.2EDB.3819.9540.CA9C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 11,74	Base do Cálculo: 56,65
Energia: 22,29	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 3,50	Valor do ICMS: 12,46
Encargos: 3,55	Valor do PIS: 0,55
Tributos: 15,57	Valor do COFINS: 2,56

12,76 25,53 51,05 8,27 16,54 33,08 6,99
0,75 1,00 0,75

CAMPO MAIOR

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.243.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.321-8

SEU CÓDIGO
0582810-4

MÊS FATURADO
09/2018

Nº da Nota Fiscal: 011685168

TOTAL A PAGAR - R\$

VENCIMENTO
03/10/2018

FCAM

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

3 0 OUT 2018

DPVAT

83600000000 7 64170017000 5 00000000582 7 81040918008 2



SEQ.: 00148 UC: 0582810-4 DT. LEIT.: 26/09/2018 T. ENTR.
LEITURA: 7691 NORMAL TOTAL: 64,17 CARGA
DT. VENC.: 03/10/2018 IRREG.: 000 COL ET



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



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Endereço

LOC.PASSA BEM, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/07/2018 - 09:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

ZONA RURAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2443052 PI

Mãe: MARIA DE LOURDES FORTES

Pat: 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:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 150 TITAN EX

2015 PIH2262

9C2KC1660FR018422

01044674412

Branca

Condutor: EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA

RG: 2443052 Órgão: UF RG: PI

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

Compareceu neste DP, para noticiar conduzia a motocicleta supracitada, quando perdeu o controle da moto ao passar por um buraco em frente a sua residência, vindo ao chão. O notificante 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 tíbia e fíbula(E), ficando internado para tratamento cirúrgico. Era o registro.

Alexandre Henrique Gouveia Soares - Mat. 2866170
AGENTE DE POLÍCIA

EVERARDO FORTES DE OLIVEIRA - Notificante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 255851.000069/2018-30

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	338.942.133-53	EUGENIO 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:	
EUGENIO FORTES DE OLIVEIRA	338.942.133-53	
Profissão:	Endereço:	Número:
LABRADOR	LOCALIDADE PASSA BEM	12
Complemento:	Cidade:	CEP:
CASA	NSA SRA DE NAZARE	64.888-000
Bairro:	Estado:	Tel (DDD):
ZONA RURAL	PI	
E-mail:		

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 16011 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 219 do Código Penal.

Local e Data, NSA SRA DE NAZARE-PI 25.10.18
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eugenio Fortes de Oliveira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: ZENILDA RODRIGUES DO CARMO
 CPF: 008.007.603-36

Zenilda Rodrigues do Carmo
 Assinatura

2º Nome: ADONIS ARANJO SILVA
 CPF: 009.423.473-66

Adonias Arango Silva
 Assinatura