

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05803-3

CONTA: 00000003481-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO19082016050000000002370580300000003481472500 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160343604      **Cidade:** Miguel Alves      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 12/09/2014      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ DEFORMANTE NA Perna ESQUERDA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS, COM CONSEQUENTE REDUÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** RECEBEU OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/08/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Silvia Regina Rodrigues Borges Bezerra

**CRM do médico:** 2261

**UF do CRM do médico:** PR

## DANOS

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

## PRESTADOR

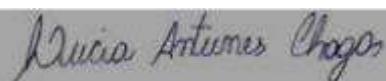
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA** Sinistro: **3160343604** Data: **12/09/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **R MARACANA, 2636, 2636 - Urbano - Miguel Alves - PI - CEP 64130-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /PI ] 2224650**

Data local do exame: **[ 15/08/2016 ] Teresina** **[ PI ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ DEFORMANTE NA Perna ESQUERDA, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO JOELHO E TORNOZELA ESQUERDOS, COM CONSEQUENTE REDUÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? **[ X ] Sim [ ] Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? **[ X ] Sim [ ] Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **RECEBEU OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? **[ X ] Sim [ ] Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

"Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

**[ X ]** 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO  
 RG nº 395.308, data de expedição 03/10/1988,  
 Órgão SSP-01, portador do CPF nº 016.569.263-74, com  
 domicílio na cidade de MIGUEL ALVES, no Estado de  
Piúba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) \_\_\_\_\_,  
 nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de  
 minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
MARIA BETÂNIA FERREIRA DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO  
 Ano: 2013  
 Modelo: HONDA POP 100  
 Placa: 0VW-2330  
 Chassi: 9CZHR0210ER412305  
 Data do Acidente: 12/09/14

Local e Data: UNIÃO - PI, JAN/ 2015

Jose Cordeiro do Nascimento  
 Assinatura do Declarante

**RECONHECIMENTO DE FIRMA**

Reconheço a(s) assinatura(s) a(s) Firma(s)  
JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO  
 Dou fé. Em testemunho 15/01/2015  
 Miguel Alves-Pi, 15/01/2015

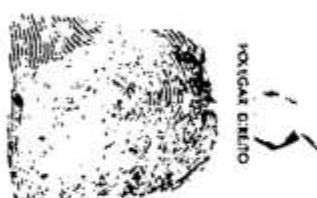
Julio César de Castro Oliveira  
 Escrivão Designado  
 CPF.: 207.911.943-63

**CARTÓRIO DO ÓFÍCIO ÚNICO**

Rua São Pedro, 35 - centro  
 CEP: 64.130-000 - Miguel Alves-Pi  
 FONE: (62) 3214-1823



CEDEDULADE IDENTIDADE



POUCAS DIREITOS

José Cordeiro do Nascimento  
ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

REGISTRO GERAL 345.308

NOME JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO

PAIACAO Maria Alves Quadros

Miguel Alves Piauí 06/ABRIL 1951

NATURALIDADE

DATA DO NASCIMENTO  
03 de Outubro de 1978

RESIDENCIA  
José Cordeiro do Nascimento  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
EXCELENTÍSSIMO REGRÉ FEDERATIVO

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

016.562.263-74

NOME

José Cordeiro do Nascimento

RESIDENCIA  
05001965



Este documento é válido para fins de identificação.  
O portador apresenta junto com o documento de identidade.

Emissão

01/01/2015

**BANCO DO BRASIL**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

George JF

131  
85  
147

236.5

Marie Betânia Ferreira de Oliveira

# PRONTUÁRIO MÉDICO





# AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Prontuário:

1318547

Internação:

86770

Nome: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

End. Resid.: RUA MARACANA, - FORQUILHA

Cidade: MIGUEL ALVES - PI

CEP: 64130-000

|          |             |            |               |            |
|----------|-------------|------------|---------------|------------|
| Sexo:    | Nascimento: | Idade:     | Estado Civil: | Profissão: |
| Feminino | 07/11/1983  | 30a:10m:6d | Solteiro(a)   | LAVRADORA  |

|            |               |              |                   |                        |
|------------|---------------|--------------|-------------------|------------------------|
| Cadastro:  | G. Instrução: | Fone:        | Cartão SUS (CNS): | Documento:             |
| 05/12/2013 | Não informado | 86-9867-3318 | 898002973031046   | RG: 2.224.650 - SSP-PI |

Pai: RAIMUNDO PATRICIO DE OLIVEIRA

Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA

Cônjugue:

Responsável:

End. Responsável: -

*Jesus*  
Funcionário do SAME

QP:

H.D.A.:

ANT. PESSOAIS:

ANT. HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

GERAL:

CABEÇA E PESCOÇO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

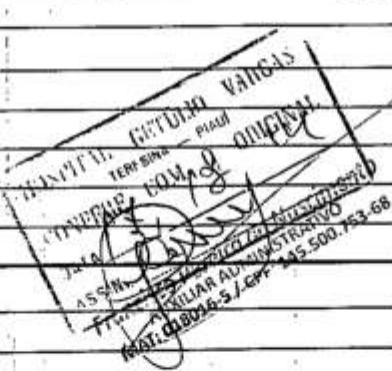
MEMBROS:

GENITAIS:

ESPECÍFICOS:

DIAGNÓSTICO:

PLANO TERAPÉUTICO:



*COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA SIA*

*26 JAN. 2015*

*DPVAT*

*ASS.*

*Dr. Daniel Mendes Chaves  
GINECOLOGIA/ONCOLOGIA  
CRMPI 4474 CIRURGICO*

Data/Hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE /**  
**DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR** MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO  
07/11/1983

Identificação do Estabelecimento de Sa

DI. LAUDO JOSYDE CASQUO LEITE

1-Nome do estabelecimento solicitante:

PROCED.: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEM

HOSPITAL GETULIO VARGAS

OP.SIST: LUPINHA

CRM-PI1582 - CPF: 275.071.063-45

3-Nome do estabelecimento executante:

CID : 5723

CNS 170416120140/001

HOSPITAL GETULIO VARGAS

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

86770

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|   |  |
|---|--|
| 5-Nome: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA          | 6 - Prontuário: 1318547                          |
| 7-CNS: 898002973031046                              | 8-Nascimento: 07/11/1983                         |
| 9-Sexo: Feminino                                    | RG: 2.224.650 - SSP-PI                           |
| 11-Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA                   | 12-Fone: 86-9867-3318                            |
| 13-Resp: (O MESMO)                                  | 14-Cor: Sem Informação                           |
| 5-Ender: RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000 |  |
| 16-Munic: MIGUEL ALVES                              | 17-Cod. IBGE: 220620 18-UF: PI 19-CEP: 64130-000 |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*De cearjeda origem  
que pode causar*

21 - Condições que motivaram a internação:

*Fratura da diáfise do fêmur*

*Fratura da diáfise do fêmur*

22 - Principais resultados de exames e provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:  
Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Princ.: S723 25-CID Sec.: 25-CID C.Ass.: V29.9

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                            |   |                             |  |                        |               |                          |  |                                 |                              |
|----------------------------|---|-----------------------------|--|------------------------|---------------|--------------------------|--|---------------------------------|------------------------------|
| 26-Cod.Proced.: 0408050519 | 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR | 28-Cod. Proced.: 0408050519 | 29-Clinica: (CLINICA PARA TRANSFERENCIA) | 30-Caráter: Ident.: 02 | 31-Docum.: 01 | 32-Doc. Méd. Solic.: CPF | 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILSON RODRIGUES - COLUNA | 34-Data Solicitação: 13/09/2014 | 35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRH) |
|----------------------------|---|-----------------------------|--|------------------------|---------------|--------------------------|--|---------------------------------|------------------------------|

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

|  |                     |                  |           |
|--|---------------------|------------------|-----------|
| 36-( ) Acidente de Trânsito  | 39-CHP/ Seguradora: | 40-No. Bilhete:  | 41-Série: |
| 37-( ) Acidente Trabalho Típico  | 42-CHP/ Empresa:    | 43-CHAE Empresa: | 44-CBDR:  |
| 38-( ) Acidente Trabalho Trajeto   |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:  |                     |                  |           |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

**AUTORIZAÇÃO**

|  |                      |
|--|----------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: |
|  | 15/09/14             |

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 48-Documento: ( )CNS ( )CPF | 49-Num. Documento: |
|-----------------------------|--------------------|

|  |  |
|--|--|
| 50 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 51 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 52 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 53 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 54 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 55 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 56 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 57 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 58 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 59 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 60 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 61 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 62 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 63 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 64 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 65 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 66 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 67 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 68 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 69 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 70 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 71 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 72 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 73 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 74 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 75 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 76 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 77 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 78 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 79 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 80 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 81 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 82 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 83 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 84 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 85 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 86 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 87 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 88 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 89 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 90 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 91 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 92 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 93 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 94 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 95 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 96 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 97 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 98 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 99 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|--|--|

|   |   |
|---|---|
| 100 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 101 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 102 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 103 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 104 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 105 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 106 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 107 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 108 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 109 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 110 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 111 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 112 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 113 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 114 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 115 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 116 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 117 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 118 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 119 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 120 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 121 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 122 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 123 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 124 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 125 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 126 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 127 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 128 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 129 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 130 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 131 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 132 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 133 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 134 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 135 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 136 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 137 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 138 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 139 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 140 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 141 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| 142 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 143 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
|---|---|

|  |  |
| --- | --- |
| 144 - Assinatura Paciente ou Responsável: | 145 - Assinatura do Profissional Autorizador: |
</tbl



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO HOSPITALAR

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

|  |                                 |                           |
|--|---------------------------------|---------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b> | 2-CNES<br><b>2726971</b>        | Código da Internação:     |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>  | 4-CNES<br><b>2726971</b>        | <b>86770</b>              |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>   |                                 |                           |
| 5-Nome:<br><b>MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA</b>                     | 6 - Prontuário: <b>1318547</b>  |                           |
| 7-CNS: <b>898002973031046</b>  | 8-Nascimento: <b>07/11/1983</b> | 9-Sexo: <b>Feminino</b> ? |
| 11-Mae: <b>MARIA JOSE GOMES FERREIRA</b>                                 | 12-Fone: <b>86-9867-3318</b>    |                           |
| 13-Resp: <b>(O MESMO)</b>  | 14-Fone:                        |                           |
| 15-Ender: <b>RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000</b>              |                                 |                           |
| 16-Dic: <b>MIGUEL ALVES</b>  | 17-Cod.IBGE: <b>220620</b>      | 18-UF: <b>PI</b>          |
|  | 19-CEP: <b>64130-000</b>        |                           |

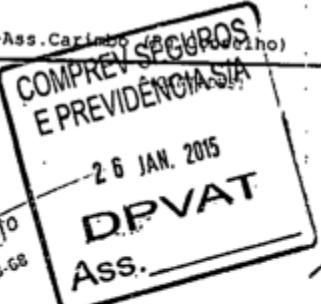
## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|  |  |
|--|--|
| 31-Cod.Proced.Princip..<br>0408050519        | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR          |
| 31-Cod.Procedimento Especial :<br>0702030910 | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS) |

|                              |            |                          |  |
|------------------------------|------------|--------------------------|--|
| 38-Profissional Responsável: |            | 40-Tp. Documento:<br>CPF | 41-Of. WJ,<br>MOPOLY, OR, ODR, MUS<br>CRM-SP: 1339<br>41-Ass.Carmo Med.Sol.(CRM) |
| 39-Data Solicitação:         | 19/09/2014 | 40-No.Doc. Méd. Solic.:  |  |
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO |            |                          |  |
| PACIENTE NECESSITA DE OPME   |            |                          |  |

|  |                      |             |
|--|----------------------|-------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |                      |             |
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:   | 47-Data Autorização: | 48-CNS/CPF: |
| 03/07/2006   |                      |             |
| 51-Justificativa da 'NAO' autorização:<br><br>Igny C. Casiro Lira<br>Médico Andrologista DRCAN/MSMS<br>CRM-PI 156 - CPF: 275.071.063-49<br>CNS 0416222-40006<br>49-Ass. Perimetro (Rg. Conselho) |                      |             |

|   |                      |                           |
|---|----------------------|---------------------------|
| 50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização: | 52-CNS/CPF:               |
|   | ____/____/____       |                           |
|   |                      | 53-Ass. Carteira PROFIROS |





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|  |                          |                       |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b> | 2-CNES<br><b>2726971</b> | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>  | 4-CNES<br><b>2726971</b> | 86770                 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|   |   |
|---|---|
| 5-Nome:<br><b>MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA</b>      | 6 - Prontuário: 1318547                         |
| 7-CNS: 898002973031046                                    | 8-Nascimento: 07/11/1983                        |
| 9-Sexo: Feminino  | 10-   |
| 11-Mae: MARIA JOSE GOMES FERREIRA                         | 12-Fone: 86-9867-3318                           |
| 13-Resp: (O MESMO)  | 14-Fone:  |
| 15-Ender: RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000      |   |
| 16- <input checked="" type="checkbox"/> Cid: MIGUEL ALVES | 17-Cod.IBGE: 220620 18-UF: PI 19-CEP: 64130-000 |

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|   |  |
|---|--|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0408050519</b>       | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR</b> |
| 31-Cod.Procedimento Especial<br><b>0306020068</b> | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS</b>               |

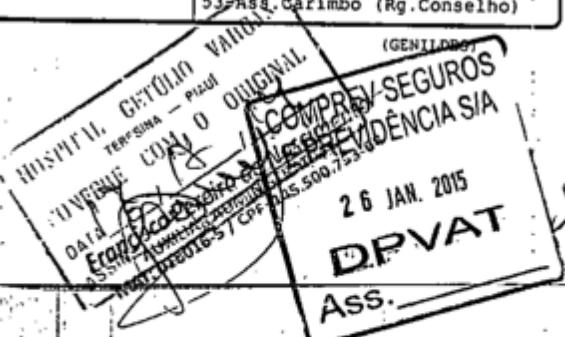
|   |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| 38-Profissional Responsável:              | 40-Tp. Documento:<br>CPF     | 41-  |
| 39-Data Solicitação:<br><b>19/09/2014</b> | 40-No.doc. Méd. Solic.<br>DR | 42-UNIVERSITATARIO-HMV<br>CRM-PI: 1839<br>43-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)                  |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

|   |  |
|---|--|
| PACIENTE NECESSITA DE CONCENTRADO DE HEMACIAS |  |
|---|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><b>01/12/2014</b> | 48-CNS/CPF:<br><b>01/12/2014</b>   |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: |   | lof y UB Geraldo Leite<br>Médico Auditora DR CANSMS<br>CRM-PI: 582 - CPF: 275.071.063-49<br>CNPJ: 31.170.415/0001-06<br>53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| 50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>1/1/1</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)</b> |
|--|--------------------------------------|--|





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

2-CNES  
2726971

Código da  
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**

4-CNES  
2726971

86770

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA**

6 - Prontuário: 1318547

7-CNS: 898002973031046

8-Nascimento: 07/11/1983

9-Sexo: Feminino

?

11-Mae: MARIA JOSE GOMES FERREIRA

12-Fone: 86-9867-3318

13-Resp: (O MESMO)

14-Fone:

15-Ender: RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000

16-Dic: MIGUEL ALVES

17-Cod.IBGE: 220620

18-UF: PI

19-CEP: 64130-000

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

30 - Procedimento Principal / Descrição:

0408050519

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

31-Cod.Procedimento Especial

32 - Descrição do Procedimento Especial:  
DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PENOITE)

Quant. Solici-  
cidata:

1

38-Profissional Responsável:

40-Tp. Documento:

CPF

*Dr. Wilson Bezergues*  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA-HOV  
CRM-PI: 1039

39-Data Solicitação:

19/09/2014

40-No.Doc. Med. Solic.:

41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRH)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE NECESSITA DE ACOMPANHANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

01/11/2014

48-CNS/CPF:

*Ion/US COSTA LIMA  
Auditora FHCANH  
1562-CPF: 215.071.963-49  
S.1704521144414*

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

—/—/—

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

**REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO**

Paciente: MARIA BETÂNIA FERREIRA DO OLIVEIRA Idade: \_\_\_\_\_ Enf. leito: 236-5  
Procedimento Cirúrgico: FERTILIZEN FONVIC ESEGUERIO (FERT. SUBM. P. INVERSA) Prontuário: 131 8547  
Chegada do paciente ao bloco operatório: às 17:00 h Data: 17/07/14

**I - CHECKLIST - Na entrada do centro cirúrgico**

Checar dois identificadores do paciente (nome completo e numero do prontuário)

**Nível de Consciência**

Consciente  Orientado  Sedado  Torporoso  Comatoso Outro: \_\_\_\_\_

**Padrão respiratório**

Eupnéxico  Dispréxico  Apnéia  Entubado sob VM Outro: \_\_\_\_\_

**Motricidade**

Deambulando sem Auxílio  Deambulando com Auxílio  Cadeira de rodas  
 Acamado  Déficit motor: \_\_\_\_\_

**Pele**

Normocorada  Hipocorada  Ictérica  Integra  Úlcera por Pressão: \_\_\_\_\_  
 Presença de acesso venoso: em M3D  Traqueostomia

**Sistema Digestivo**

Jejum desde às 06:00  Náusea  Vômito  SNG  SNE  Ostomias: \_\_\_\_\_

Eliminações Fecais:  Presente  Ausente

**Sistema Renal**

Diurese:  Espontânea  Ausente  SVD  Retenção  Incontinência

**Antecedentes Patológicos**

DM:  Sim  Não HAS:  Sim  Não IRC:  Sim  Não Cardiopatia:  Sim  Não Marcapasso:  Sim  Não AVC:  Sim  Não Outros: \_\_\_\_\_

Cirurgias anteriores: SIM  Medicação de uso contínuo: SIM (alcool)

Alergia medicamentosa: NEG  Retirada de próteses:  Sim  Não se aplica

Acompanhado de exames:  Sim  Não Reserva de Hemoderivados:  Sim  Não Reserva de UTI:  Sim  Não

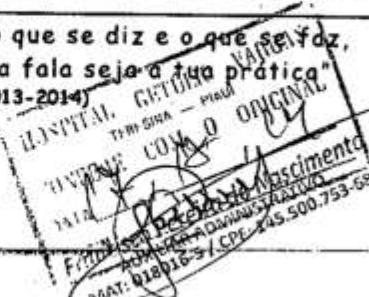
OBS: PACIENTE COM IDENTIFICAÇÃO (PULSERAS)

EXAMES DE IMAGEM EM ANDAMENTO NO REORUBRIO

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem: JUDYLINE GOMES MATIAS COREN: \_\_\_\_\_  
Enfermeira: \_\_\_\_\_ Caren: 01248578

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,  
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua ação.  
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013-2014)

MOD. 80-HGV



II TIME OUT - Na sala de cirurgia

Tipo de anestesia: Raquel

#### Posição do paciente para cirurgia:

Dorsal       Ventral       Lateral       Ginecológica

Preparo da pele:  PVB descamíavel  PVB tórica  Cloruro de

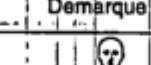
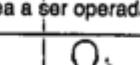
Tdcotomia:  Sim  Não

Grau de contaminação da ferida:  limpa  parcialmente suja  suja  contaminada

Acesso venoso:  Central  Periférico Dois acessos disponíveis  Sim  Não  SNG  SVD

Local das Placas: \_\_\_\_\_

Antibioticoterapia: Cefazolina 2g - Hora: 18:30h

| Ganhos:        |           | Perdas:       |           | Presença de indicador químico nos Instrumentais                                       |                                   |
|----------------|-----------|---------------|-----------|---|-----------------------------------|
| SF 0,9%        | ml        | Diurese       | ml        | <input checked="" type="checkbox"/> Presente  | <input type="checkbox"/> Ausente* |
|                |           | Gástricas     | ml        | Demarque a área a ser operada   |                                   |
| Soro Glicosado | ml        | Sanguíneas    | ml        |      |                                   |
| Ringer Lactato | ml        | Dreno         | ml        |    |                                   |
| Conc. Hemácias | ml        | Outro:        | ml        |    |                                   |
| Outro:         | ml        | Outro:        | ml        |  |                                   |
| <b>TOTAL:</b>  | <b>ml</b> | <b>TOTAL:</b> | <b>ml</b> |   |                                   |

\* Comunicar à Supervisão de Enfermagem do C.C. em caso de ausência de indicador químico nas caixas e bandejas de instrumentais esterilizados.

III CHECK OUT – Antes da saída do paciente da sala de cirurgia

Contagem de compressas: Oferecidas: 4000 unid. Recebidas: 4000 unid

Peça cirúrgica para anatomia:  Não  Sim Qual:

-Outros exames:  Não  Sim Qual(is):

**OBS:** *Indicar se aprovado ou não*

| SSVV               | Admissão | 15 min. | 30 min. | 60 min. | 90 min. | 120 min. |
|--------------------|----------|---------|---------|---------|---------|----------|
| PA                 |          | 123870  |         |         |         |          |
| FC                 |          | 100     |         |         |         |          |
| Sat O <sub>2</sub> |          | 100     |         | 100     | 100     | 100      |

### Enfermeiro/Técnico de enfermagem:

\*É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, o que se faz.

2013-2014 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013-2014)



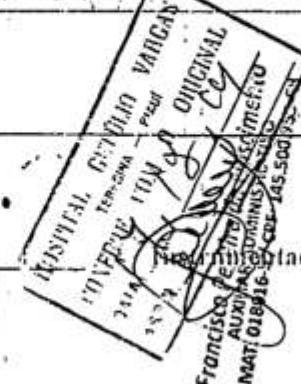
#### **MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO**

•  
Maria Vera Oliveira Santos  
CREF/MP/158895-TE

Circulante - COREN

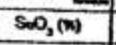
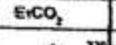
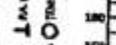
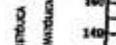
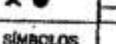
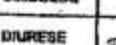
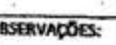
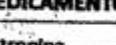
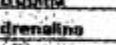
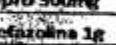
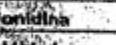
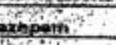
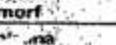
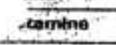
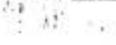
Horn;

Adora - COREN



# BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 7/10/31/14 SALA  
MONTUARO

|   |  |                                      |            |             |               |            |               |
|---|--|--------------------------------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| PACIENTE  |  | Márcia Bettoni Figueira de Oliveira  |            | IDADE       | DATA DE NASC. | PESO       | SEXO          |
| PROCEDIMENTO  |  | TRAT. CIR. PNTUBA DA DIAFSE DO FEMUR |            |             |               |            | ESTADO FÍSICO |
| PRESSÃO ARTERIAL  |  | FC                                   | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO          | ALTURA     | OUTROS        |
| HEMOGLOBINA   |  | HEMATÓCRITO                          |            | GLICEMIA    | UREIA         | CREATININA |               |
| OXIGÉNIO  |  |                                      |            |             |               |            |               |
| SEVOFLURANO   |  |                                      |            |             |               |            |               |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><img alt="N2O220 icons" data-bbox="85 |  |                                      |            |             |               |            |               |



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
FICHA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

|   |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
|---|----------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| DATA:   |          | HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| CIRURGIA REALIZADA:                             |          | TIPO ANESTESIA:                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| S.V.R   | ADMISSÃO | HORÁRIOS                        |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
|   |          | 30'                             | 45'                                 | 60'                      | 1h30'                    | 2h                       | 2h30'                    | 3h                       | SAÍDA |
| P. ARTERIAL                                     | 15'      |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| F. CARDIACA                                     |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| F. RESPIRATÓRIA                                 |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| TEMPERATURA                                     |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| OXIMETRIA                                       |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| EXAME FÍSICO                                    |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO            |          | ADMISSÃO                        | 30'                                 | 60'                      | 2h                       | 3h                       | 6h                       | SAÍDA                    |       |
| CONSCIÊNCIA                                     |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| Completamente acordado                          |          | 2                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Desperta ao chamado                             |          | 1                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Não responde ao chamado                         |          | 0                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| ATIVIDADE MOTORA                                |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| Move 4 extremidades                             |          | 2                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Move 2 extremidades                             |          | 1                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Não movimenta                                   |          | 0                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| RESPIRAÇÃO                                      |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| Profunda ou fosse livremente                    |          | 2                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Limitada, dispneia                              |          | 1                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Apneia  |          | 0                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| CIRCULAÇÃO (PA)                                 |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| 20% do nível pré-anestésico                     |          | 2                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| 20-49% do nível pré-anestésico                  |          | 1                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| 50% do nível pré-anestésico                     |          | 0                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| SpO <sub>2</sub>                                |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente    |          | 2                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> |          | 1                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> |          | 0                               | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| TOTAL   |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |
| RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM                       |          |                                 |                                     |                          |                          |                          |                          |                          |       |

Alta da Recuperação pós-anestésica  
Horário: \_\_\_\_\_

Orfanito Unas Alas de Oliveira

Marco 0001150

Anestesiologista CRM:

MOD.144-HGV

Hospital Getúlio Vargas - Piauí  
Covilhe COH 7410  
Francisco Pereira do Nascimento  
Matri: 0180165 / CPF: 145.500.753-63



Paciente: Maria Beatriz Ferreira de Oliveira DN: 07/11/1983 Prontuário: 4319547  
 Data: 17.01.14

### HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

| Checagem antes da indução anestésica   | Checagem antes da incisão cirúrgica | Checagem antes do paciente sair da sala de cirurgia |
|--|-------------------------------------|---|
| <b>Identificação (Sign-in)</b>   | <b>Confirmações (Time-out)</b>      | <b>Registros (check-out)</b>                        |
| <p><b>Responsáveis:</b> anestesiologista, cirurgião (a) ou auxiliar, técnicos(as) de enfermagem (instrumentador(a) e circulante)</p> <p><b>Confirmar com o paciente:</b></p> <p>Identidade do paciente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não<br/>   Jejum ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Quantas horas _____ ( <input type="checkbox"/> ) Não<br/>   Procedimento programado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   Sílio demarcado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica</p> <p>Consentimento informado preenchido e assinado:</p> <p>Para a anestesia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   Para a cirurgia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica</p> <p>Exames de imagens essenciais estão disponíveis? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica</p> <p>Avaliação préanestésica realizada:</p> <p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis?</p> <p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>O paciente possui alergia?</p> <p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim Quais?</p> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea &gt; 500 ml (eritrócitos)? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Tem acesso endovenoso adequado? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Tem reserva de sangue ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> |                                     |   |
| <p>Solicitar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função</p> <p>Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(o):</p> <p>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Identificação do paciente<br/>   ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sílio Cirúrgico demarcado<br/>   Placa de bisturi posicionada corretamente:<br/>   ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   Antecipação de eventos críticos:<br/>   Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim - Qual? ( <input type="checkbox"/> ) Não<br/>   Equipe de anestesiologia: alguma preocupação específica com o paciente? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim - Qual? ( <input type="checkbox"/> ) Não<br/>   Checagem da equipe de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os instrumentais estão disponíveis? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</li> <li>Todos os instrumentais estão esterilizados? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</li> <li>Fodos os equipamentos necessários estão disponíveis? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</li> </ul> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea &gt; 500 ml (eritrócitos)? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Tem acesso endovenoso adequado? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Tem reserva de sangue ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p>   |                                     |   |
| <p>Responsável: técnico(a) de enfermagem (circulante)</p> <p>Procedimento realizado:</p> <p>A técnica de enfermagem confirma verbalmente com a equipe:<br/>   Contagem das compressas correta? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   Contagem de agulhas correta? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica<br/>   As amostras biópsias para a anamnese patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatômico de origem; quantidade de amostras)? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica</p> <p>Registros completos no prontuário:</p> <p>Do procedimento intraoperatório ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não<br/>   Do procedimento anestésico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Todos os medicamentos prescritos e administrados foram checados? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Todas as recomendações indicadas para os cuidados no pós-operatório imediato estão presentes? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim - Qual? ( <input type="checkbox"/> ) Não</p>  |                                     |   |
| <p><b>Instrumentador (a)</b> <b>Anestesiologista</b> <b>Cirurgião/Auxiliar</b> <b>Anestesiologista</b> <b>Circulante</b></p> <p><b>Maria Vitoria Sá Silveira</b><br/> <b>COREME 14005514</b></p> <p><b>COMPRE SEGUROS</b><br/> <b>PREVIDÊNCIA SIA</b><br/> <b>DPVAT</b><br/> <b>25 JAN. 2015</b></p>   |                                     |   |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Sensibilidade: <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Uso de próteses <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Déficit motor; Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?  |  |  |  |
| Tonicidade: Rígido <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/><br>Imobilização: Colar cervical <input type="checkbox"/> Gesso <input type="checkbox"/> Fixação extrema <input type="checkbox"/> Alteração: Celulite <input type="checkbox"/> Coleção <input type="checkbox"/> Outros:   |  |  |  |
| (V) Riscos: Queda <input type="checkbox"/> UPP <input type="checkbox"/> Fiebres <input type="checkbox"/> Alergias: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual?  |  | Outros:  |  |
| <b>II) SISTEMA TEGUMENTAR</b><br>Pele: nutrita <input checked="" type="checkbox"/> desnutrida <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> desidratada <input type="checkbox"/> normocorrada <input type="checkbox"/> hipocorrada <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> Risco de lesão de integridade <input type="checkbox"/><br>Em caso de presença úlcera por pressão <input type="checkbox"/><br>Inclassificável <input type="checkbox"/><br>Suspeita de lesão profunda <input type="checkbox"/>   |  | Cicatriz <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> lesionada (local) <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> Local: |  |
| <b>III) APARELHO GENITOURINÁRIO</b><br>Dlurese: Espontânea <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção Urinária <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Sonda de Foley <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> Sonda de alívio <input type="checkbox"/><br>Queixas: Ardência <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Políuria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Hémodúria <input type="checkbox"/><br><b>IV) PADRÃO DE SONO:</b> Bem <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Uso de sedativo-calmante: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? |  |  |  |
| <b>V) SISTEMA REPRODUTOR</b><br>Menarca <input type="checkbox"/> Menopausa <input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multipara <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Atividade sexual: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual?   |  |  |  |
| <b>VI) CIRURGIAS</b> Você já realizou alguma cirurgia: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual?  |  |  |  |
| ( ) PDI TIPO:<br>Sangüolenta <input type="checkbox"/> Serossangüolenta <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Purulenta <input type="checkbox"/> Serosa <input type="checkbox"/> Dreno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? <input type="checkbox"/> Data da inserção: <input type="checkbox"/> Data da inserção do dreno: <input type="checkbox"/>  |  | ( ) Liposo <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Outro:                                |  |
| <b>VII) Informações Adicionais:</b><br>Orientação sexual: <input checked="" type="checkbox"/> Heteroafetividade (ou Heterossexual) <input type="checkbox"/> Homoafetividade (ou Homossexual) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/><br>Trouxe exames? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/><br>Recebou o manual dos direitos e responsabilidades? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? <input type="checkbox"/><br>O Sr. ou Sr <sup>a</sup> . gostaria de fazer alguma pergunta? <input type="checkbox"/><br>Como o Sr. ou Sr <sup>a</sup> . se sente agora? <input type="checkbox"/>  |  |  |  |
| <b>VIII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - ESPECIFICAR:</b><br>Pessoa envolvida no processo de educação: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/><br>Em que necessidade: <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Pós-operatório <input type="checkbox"/> Habilidades alimentares/Dietoterapia <input type="checkbox"/> Autocuidados/Habito de vida diária <input type="checkbox"/><br>Tratamento específico: <input type="checkbox"/> Outro:   |  |  |  |

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW - E.C.G. |  |                  |
|------------------------------------|--|------------------|
| AÇÃO                               | RESPOSTA   | ESCORE PONTUAÇÃO |
| Abertura ocular                    | Exponânea <input checked="" type="checkbox"/>        | 4                |
|                                    | À voz <input type="checkbox"/>                       | 3                |
|                                    | À dor <input type="checkbox"/>                       | 2                |
|                                    | Nenhuma <input type="checkbox"/>                     | 1                |
| Melhor Resposta verbal             | Orientada <input checked="" type="checkbox"/>        | 5                |
|                                    | Confusa <input type="checkbox"/>                     | 4                |
|                                    | Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/>      | 3                |
|                                    | Sons incompreensíveis <input type="checkbox"/>       | 2                |
|                                    | Nenhuma <input type="checkbox"/>                     | 1                |
| Melhor Resposta motora             | Obedece comandos <input checked="" type="checkbox"/> | 6                |
|                                    | Dor localizada <input type="checkbox"/>              | 5                |
|                                    | Reação de fenda <input type="checkbox"/>             | 4                |
|                                    | Flexão anormal <input type="checkbox"/>              | 3                |
|                                    | Extensão anormal <input type="checkbox"/>            | 2                |
|                                    | Nenhuma <input type="checkbox"/>                     | 1                |
| PONTUAÇÃO TOTAL                    |  | 15               |

| QUADROS DE ORIENTAÇÃO DE ESCALAS E IMC         |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| Escala de Agitação- sedação de Richmond - RASS |                           |   |
| PONTOS   | CLASSIFICAÇÃO             | DESCRIÇÃO   |
| -4   | Agressivo                 | Violento, perigoso, combativo   |
| -3   | Muito agitado             | Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateter.   |
| -2   | Agitado                   | Movimentos sem coordenação freqüentes.  |
| -1   | Inquieto                  | Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.                                 |
| 0  | Alerta e calmo            | Alerta, calmo.  |
| 1  | Sonolento                 | Parcialmente alerta, facilmente despertável a manutenção contínua visual por mais de 10 segundos. |
| 2  | Sedação leve              | Acede rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos.                |
| 3  | Sedação moderada          | Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.                            |
| 4  | Sedação profunda          | Não responde ao som da voz, mas move-se ou abre os olhos com estimulação física.                  |
| 5  | Incapaz de ser despertado | Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.   |

| IMC = PMAH        |                              |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|
| ADULTO            | IMC                          | IMC               |                              |
| VALOR             | CLASSIFICAÇÃO                | VALOR             |                              |
| Abixo de 18,5     | Subnutrido ou abaixo do peso | Abixo de 21,9     | Subnutrido ou abaixo do peso |
| Entre 18,6 e 24,9 | Peso Ideal                   | Entre 22,0 e 27,0 | Peso Ideal                   |
| Entre 25,0 e 29,9 | Levemente acima do peso      | Entre 27,1 e 32,0 | Levemente acima do peso      |
| Entre 30,0 e 34,9 | Primeiro grau de obesidade   | Entre 32,1 e 37,0 | Primeiro grau de obesidade   |
| Entre 35,0 e 39,9 | Segundo grau de obesidade    | Entre 37,1 e 41,9 | Segundo grau de obesidade    |
| Acima de 40       | Obesidade mórbida            | Acima de 42       | Obesidade mórbida            |

ASSINATURA ENFERMEIRO (A) / COREN  
CARIMBO

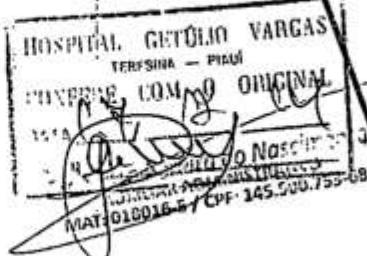
HOSPITAL GETULIO VARGAS  
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro  
Data: 26/05/2016  
Assinatura: Francisco Peçeli do Nascimento  
Nai: 04016-5 / Cpf: 135.500.753-63

|  |  |                  |                |                |
|--|--|------------------|----------------|----------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>  |  |                  |                |                |
| NOME: <i>Maria Beatriz Ferreira de Oliveira</i>  |  | IDADE: <i>63</i> |                |                |
| DATA DE NASCIMENTO: <i>07/19/83</i>  |  |                  |                |                |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <i>03/09/14</i>  |  |                  |                |                |
| <b>2. FATORES PREDISPONENTES</b> (Marque com um "X")   |  | 1 <sup>ª</sup>   | 2 <sup>ª</sup> | 3 <sup>ª</sup> |
| Crianças ≤ 5 anos  |  |                  |                |                |
| Idosos ≥ 65 anos, sem acompanhante   |  |                  |                |                |
| Uso de medicações que altera o SNC (exemplos: midazolam, bromazepam, diazepam, fenobarbital, morfina, nalbufina, carbamazepina, dexclorfeniramina, fenitoína, clorpromazina, isoflurano, halotano, thiopental, propofol). Outros:            |  |                  |                |                |
| Uso de diuréticos/laxantes (urgência urinária/intestinal)  |  |                  |                |                |
| Distúrbios neurológicos  |  |                  |                |                |
| Dificuldades de marcha   |  |                  |                |                |
| Déficit sensitivo (visão, audição, tato)   |  |                  |                |                |
| Alteração do nível de consciência  |  |                  |                |                |
| Indicação de repouso no leito  |  | X                |                |                |
| <b>3. GRAU DO RISCO DE QUEDAS</b> (Marque com um "X")  |  | 1 <sup>ª</sup>   | 2 <sup>ª</sup> | 3 <sup>ª</sup> |
| Alto risco (vide verso)  |  |                  |                |                |
| Baixo risco (vide verso)   |  |                  |                |                |
| <b>4. MEDIDAS PREVENTIVAS</b>  |  | X                |                |                |
| Não deixar o ambiente totalmente escuro*   |  | X                |                |                |
| Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*   |  |                  |                |                |
| Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura*   |  | X                |                |                |
| Orientar para que toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem   |  | X                |                |                |
| Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta  |  |                  |                |                |
| Manter as grades da cama elevadas durante todo o período   |  |                  |                |                |
| Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito   |  |                  |                |                |
| Orientar necessidade de acompanhante   |  | X                |                |                |
| Manter ao alcance do paciente pertences e objetos mais utilizados  |  | X                |                |                |
| Orientar sobre a necessidade de comunicar à enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante  |  | X                |                |                |
| Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições  |  | X                |                |                |
| Manter sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro  |  | X                |                |                |
| <p>Declaro que recebi o folder de orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e que estou ciente do risco de queda avaliado, bem como entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.</p> |  |                  |                |                |

|                |   |                         |
|----------------|---|-------------------------|
| AVALIAÇÃO      | PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)        | ENFERMEIRO (Assinatura) |
| 1 <sup>ª</sup> | <i>Maria Beatriz Ferreira de Oliveira</i> | <i>Maria</i>            |
| 2 <sup>ª</sup> |   |                         |
| 3 <sup>ª</sup> |   |                         |
| 4 <sup>ª</sup> |   |                         |

\* Medidas preventivas adotadas para pacientes com Baixo Risco de Quedas

\*\* As Avaliações posteriores deverão ser realizadas a cada 72 horas ou qualquer intercorrência que ocorra com o paciente.



COMPREVSEGUROS  
ETREVIDÊNCIASA

26 JAN. 2015  
DPVA  
Ass.

| GRAU DO RISCO DE QUEDAS | CONCEITO  |
|-------------------------|---|
| BAIXO                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes;</li> <li>✓ Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente*.</li> </ul>  |
| ALTO                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente*;</li> <li>✓ Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente*.</li> <li>✓ Anda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas;</li> <li>✓ Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes*.</li> </ul> |

\*ATENÇÃO: Ver item 2.

II) PADRÃO DE SONO: (  ) Bom (  ) Regular (  ) Ruim (  ) Insônia (  ) Uso de sedativo-calmantes: (  ) Não (  ) Sim

III) SISTEMA REPRODUTOR: (  ) Menarca (  ) Menopausa (  ) Primípara (  ) Multipara

IV) RISCOS: (  ) Não (  ) Sim. Qual? (  ) Queda (  ) UPP (  ) Flebite

Alergia: (  ) Não (  ) Sim. Qual?

V) CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: (  ) Não (  ) Sim.

Qual(is): coluna fígado

Qual o ano?: Novos 13

(VII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - ESPECIFICAR:

Pessoa envolvida no processo de educação: (  ) Paciente (  ) Acompanhante (  ) Familiar

Deseja receber orientações educativas? (  ) Não (  ) Sim

Em que necessidade: (  ) Cirurgia (  ) Pós-alta (  ) Hábitos alimentares/Dietoterapia (  ) Autocuidado/Hábito de vida diária:

Tratamento específico:

(  ) Outro

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? (  ) Não (  ) Sim

(  ) Criança (  ) Idosos/Idosos

(  ) Adolescente (  ) Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

(  ) Indígena (  ) Outro. Qual?

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

(  ) Alimentação (  ) Linguagem

(  ) Deambulação/ Mobilidade (  ) Surdo e mudo

(  ) Sono e repouso (  ) Comunicação

(  ) Acompanhante (  ) Outros. Qual?

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

(IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Trouxe exames? (  ) Não (  ) Sim. Qual(is)?

O Sr. ou Sr. gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estes folders?

(  ) Não (  ) Sim. Folder de direitos e deveres do paciente (  ) Não (  ) Sim. Folder de Higienização das mãos

(  ) Não (  ) Sim. Folder de Risco de quedas (  ) Não (  ) Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: Maria Beltrão Ferreira de Oliveira

Identificação/Responsável:

Assinatura: Maria Beltrão Ferreira de Oliveira RG: 2.224.650

Grau de parentesco (se aplicável):

Data: 13/10/14 Hora: 10:00

*Lucia R. de Oliveira*  
ASSINATURA E CARIMBO

COMPRESSEURS  
E PREVIDÊNCIA S/A

-26 JAN. 2015  
DPVAT  
ASS.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
TERESA - PRÉVIA  
TOURISTAS FUM. OFICINAL  
DATA: 13/10/14  
ISSIN: 018016-5 N° Nascimento: 000000000000

ALUXMAR ADMINISTRAÇÃO  
MAT: 018016-5 / CPF: 145.500.753-08

| QUADRO DE ORIENTAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW |  |                        |    |
|---|--|------------------------|----|
| AÇÃO  | RESPOSTA   | PONTUAÇÃO              |    |
| Abertura ocular                                   | Esponstânea<br>À voz<br>À dor<br>Nenhuma   | 4<br>3<br>2<br>1       | 10 |
| Melhor Resposta verbal                            | Orientada<br>Confusa<br>Palavras inapropriadas<br>Sons incompreensíveis                      | 5<br>3<br>2            | 10 |
| Melhor Resposta motora                            | Obedece comandos<br>Dor localizada<br>Retração da flexão<br>Flexão normal<br>Extensão normal | 9<br>15<br>4<br>3<br>2 | 15 |

PONTUAÇÃO: < 3 (probabilidade de morte) 3 a 8 (grave necessidade de intubação) 9 a 12 (moderado) 13 a 15 (leve)

| PONTOS |  | CLASSIFICAÇÃO             |  | DESCRIÇÃO  |
|--------|--|---------------------------|--|--|
| 4      |  | Agressivo                 |  | Violento, perigoso, combativo.   |
| 3      |  | Muito agitado             |  | Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateter.  |
| 2      |  | Agitado                   |  | Movimentos sem coordenação freqüentes.   |
| 1      |  | Inquieto                  |  | Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos.                            |
| 0      |  | Aleria e calmo            |  | Alerio, calmo.   |
| -1     |  | Sonolento                 |  | Parcialmente alerio, facilmente despertável e mantém contato visual por mais de 10 segundos. |
| -2     |  | Sedação leve              |  | Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos.          |
| -3     |  | Sedação moderada          |  | Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual.                       |
| -4     |  | Sedação profunda          |  | Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estímulo físico.              |
| -5     |  | Incapaz de ser despertado |  | Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico.  |

| ANÁLISE DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ULCERA POR PRESSÃO |                             |                                |                              |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| PERCERAÇÃO<br>SESSORIAL   | 1. TOTALMENTE<br>LIMITADO   | 2. MUITO LIMITADO              | 3. LEVEMENTE<br>LIMITADO     | 4. NENHUMA<br>LIMITAÇÃO        |
| UMIDADE   | 1. COMPLÉTAMENTE<br>MÓLHADA | 2. MUITO MOLHADA               | 3. OCASIONALMENTE<br>MOLHADA | 4. RARAMENTE<br>MOLHADA        |
| ATIVIDADE   | 1. ACAMADO                  | 2. CONFINADO À<br>CADEIRA      | 3. ANDA<br>OCASIONALMENTE    | 4. ANDA<br>FREQUENTEMENTE      |
| MOBILIDADE  | 1. TOTALMENTE<br>IMÓVEL     | 2. BASTANTE<br>LIMITADO        | 3. LEVEMENTE<br>LIMITADO     | 4. NÃO APRESENTA<br>LIMITAÇÕES |
| ENUTRIÇÃO   | 1. MUITO POBRE              | 2. PROVAVELMENTE<br>INADEQUADO | 3. ADEQUADO                  | 4. EXCELENTE                   |
| ESTRUTURA<br>MUSCULAR   | 1. PROBLEMA                 | 2. PROBLEMA EM<br>POTENCIAL    | 3. NENHUM<br>PROBLEMA        |                                |

MOD: 204 HGV

HOSPITAL GEFOLII  
ressa - PIA  
O VIGIL C.O.M. 24/4/1995  
ISSN 1550-0000  
Pronto-Atendimento  
Mato Grosso - D.O.P. 5 / C.R. 145.560-72-68

## **Solicitação de Acompanhante**



## HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

### Prentuazioi

1318547

Internação:  
86770

Nome: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

End. Resid.: RUA MARACANA, - . FORQUILHA

Cidade: MIGUEL ALVES - PI

CEP: 64130-000

Sexo:

Nascimen  
03/11/1983

Idade:  
30a:10m:6d

Estado Civil:  
Solteiro(a)

Profissão:  
LAVRADORA

### Justificativa:

Poche reconstit. Acayonhante.

| Data     | Assinatura                    |
|----------|-------------------------------|
| 13/09/14 | Raimara Rodrigues da Silveira |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
| / /      |                               |
|          |                               |

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ass. Médico Solicitante

**Auditor**

Pr scola cu caii oferind oca  
scaunul bolcan de

~~Dr. Damião Milhail Chaves  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRÉDITO 4000 - CRÉDITO 4000 TÓPICO~~

Data: 05/17/2013

~~Assinatura - CPF~~

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
Av. Taubaté, 2350 - Centro - Fortaleza - CEP: 60131-3000  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0184-63

## LAUDO MÉDICO

|             |   |  |                    |
|-------------|---|--|--------------------|
| paciente:   | <b>MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA</b> (Prontuário: 1318547) |  |                    |
| Endereço:   | RUA MARACANA, - FORQUILHA - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000    |  |                    |
| Nascimento: | 07/11/1983  | Idade: 30a: 10m: 12d                   | Sexo: Feminino     |
| Requisição: | 189021  | Solicitação: 18/08/2014                | Origem: INTERNACÃO |
| CPF:        | 3300646   | Curvário: SUS                          | Atendimento: 86770 |
|             |   | Solicitante: WILSON RODRIGUES - COLUNA |                    |
|             |   | (CLINICA PARA TRANSFERENCIA)           | (ENF. DE (LEITO)   |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 18/09/2014

### FÉMUR ESQUERDO

65

Fratura do terço proximal/médio da diafise do fêmur fixado por placa e parafuso metálico com alinhamento osteofítico.

(Assinatura)

TERESINA - PI 18/09/2014

**ROBERT WEIBER MARTINS DANTAS**  
CRM: 301.511.903-78 CRM 2460-PI  
Professional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETRAN - PI 9020041337593 Nº 011583295253  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

|     |              |            |           |
|-----|--------------|------------|-----------|
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 1   | 587788364    |            | 2014      |

NOME  
JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| CPF / CNPJ      | PLACA             |
| 01656426374     | OUU-2330          |
| PLACA ANT. / UF | CHASSI            |
| -               | 9C2HB0210ER412305 |

|                       |             |                  |
|-----------------------|-------------|------------------|
| ESPÉCIE TIPO          | COMBUSTÍVEL |                  |
| PAS/MOTOCICLO/NENHUMA | GASOLINA    |                  |
| MARCA / MODELO        | ANO FAB.    | ANO MOD.         |
| HONDA/POP100          | 2013        | 2014             |
| CAP / POT / CIL       | CATEGORIA   | COR PREDOMINANTE |
| 002P/097CC            | PARTIC      | VERMELHA         |

|                  |            |                      |              |
|------------------|------------|----------------------|--------------|
| I<br>P<br>V<br>A | COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA     | VENC / COTAS |
|                  |            |                      | 1º IPVA      |
|                  | FAIXA IPVA | PARCELAMENTO / COTAS | 2º           |
|                  |            |                      | 3º PAGO      |

|                        |           |                    |                   |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGUR                  | PAGO      |                    |                   |

OBSERVAÇÕES

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| A/FID: | ADMINISTRADORA DE CONS N |
|--------|--------------------------|

|              |           |
|--------------|-----------|
| LOCAL        | DATA      |
| MIGUEL ALVES | 1/11/2014 |

JOVANA BARBOSA DE CARVALHO ALENCAR  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI  
EXPEDIDOR

PI Nº 011583295253 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

|           |              |
|-----------|--------------|
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO |
| 2014      | 1/11/2014    |

|     |             |          |
|-----|-------------|----------|
| VIA | CPF / CNPJ  | PLACA    |
| 1   | 01656426374 | OUU-2330 |

|           |                |                   |
|-----------|----------------|-------------------|
| RENAVAM   | MARCA / MODELO |                   |
| 587788364 | HONDA/POP100   |                   |
| ANO FAB.  | DATA FAB.      | NO CHASSI         |
| 2013      | 09             | 9C2HB0210ER412305 |

|                  |           |                       |
|------------------|-----------|-----------------------|
| PRÉMIO TARIFÁRIO |           |                       |
| TNS (R\$)        | IOF (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 129,03           | 14,33     | 143,36                |

|                        |           |                                   |
|------------------------|-----------|-----------------------------------|
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | JOTA A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) |
| 4,15                   | 1,10      | 292,01                            |

|           |                                     |           |                  |
|-----------|-------------------------------------|-----------|------------------|
| PAGAMENTO | COTA ÚNICA                          | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO |
|           | <input checked="" type="checkbox"/> |           | 30/10/2014       |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DUT

1004032



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



Maria Betânia Ferreira  
Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO 2.224.650  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
GERAL  
NOME MARIA BETÂNIA FERREIRA DE OLIVEIRA  
Raimundo Patrício de Oliveira  
FILIAÇÃO Maria José Gomes Ferreira  
Miguel Alves-Pi 07 NOV. 1983  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
Nascido 40.442.114.57. Fls. 129  
DOC. ORIGEM  
Exp. Miguel Alves-Pi, 05/01/1988  
Francisco Chagas Pinto Martins  
OCUPAÇÃO POLICIAL  
LEIA 9718 DE 29/08/83



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



100403





## DECLARAÇÃO

Eu, ANTONIO FRANCISCO VALE DO NASCIMENTO  
 com CPF: 789.175.813-15 e RG: 1.735.861  
 declaro a quem interessar que prestei socorro ao (º)  
 Sr(º): MARIA BETÂNIA FERREIRA DE OLIVEIRA  
 levando (º) ao Hospital PEDRO VASCONCELOS  
 para tratamentos das lesões sofridas em decorrência do acidente de trânsito a quem sofreu a  
 vítima, visto que a vítima não teve atendimento **PELO SAMU, CORPO DE BOMBEIRO, ANJOS  
 DO ASFALTO E OUTROS.**

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se  
 julguem necessários.

Atenciosamente,

União , 01 de JANEIRO de 2015 .

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

Onofre de Oliveira Vale do Nascent

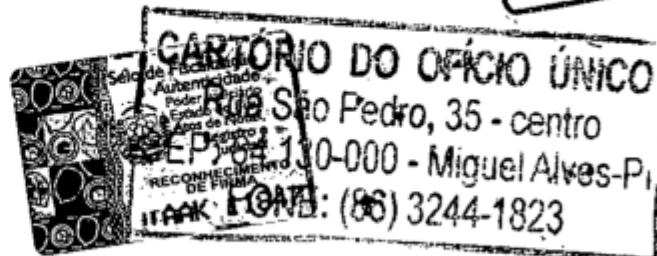
**ASSINATURA DA TESTEMUNHA**



**RECONHECIMENTO DE FIRMA**

Reconheço a(s) madeira(s) a(s) Firma(s)  
ANTONIO F. VALE DO NASCIMENTO  
 Dou fe. Em testemunho 15/01/2015, da verdade.  
 Miguel Alves-PI, 15/01/2015

Júlio César de Castro Oliveira  
 Escrivão Designado  
 CPF: 207.911.943-53





## E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.224.650 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 12/05/10 E  
 CPF 9.683.124.33-09 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO COMÉRCIO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5803 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0003481-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**COMPREV SEGUROS**  
**E PREVIDÊNCIA S/A**

26 JAN. 2015

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ass.

TERESINA , 26 de JANEIRO de 2015 Maria Betanha Ferreira de Oliveira

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bra

Função Débito: Sacar Pra Quê? Faça compras com a  
Função Débito do seu Cartão Bradesco. É fácil, seguro e  
sem cobrança de tarifa.



Função Crédito: Para aderir, entre em contato com a sua  
agência. Quando aprovado, solicite o desbloqueio na Central de  
Atendimento após 2 dias úteis: 3003-2356 (capitais e regiões  
metropolitanas), 0800 706-2356 (demais localidades) ou acesse  
bradesco.com.br

5067 2702 7285 5105

5067

12/18 5803 3 00034819 01 00

elo

VÁLIDO ATÉ AGENCIA DIG CONTA DIG VMA TIPO

MARIA B FERREIRA OLIVEIRA

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

Fone Fácil Bradesco 0302-0022 / 0800 570-0022

Assinatura Autorizada



Emitido pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda  
ou roubo, comunique imediatamente.

Central de Atendimento  
3003-2356 (capitais e regiões metropolitanas) 0800 706-2356 (demais localidades)  
SAC 0800 704-8583 (Débito) / 0800 722-9988 (Crédito)  
Deflônia Auditiva ou de Fala 0800 722-0099  
Ouvíndia 0800 727-9933  
bradesco.com.br

Dia &amp; Noite

Banco24Horas

elo

eterno e efetivo



CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
GILSON BRITO DA CUNHA  
AV DES SIMPLICIO MENDES 587  
TERM.NET-150 00020535 DATA 20/01/2015  
DATA:20/01/2015 HORA DE BRASÍLIA:11:11

\*\*\* EXTRATO DE CONTA CORRENTE N.º

MARIA BETÂNIA FERREIRA DE OLIVEIRA 11:11:0  
AGÊNCIA 5883 CTA 0003481-9 20-JAN-2015

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| DISPONIVEL                   | 23,94   |
| + CONTA FÁCIL (C/C + PULP)   | 23,94   |
| = TOTAL DISPONIVEL .....(A)  | 668,39  |
| + INVESTIMENTO S/ BX PUL(B)  | 668,39  |
| SALDO TOTAL .....(A+B)       | 668,39  |
| SALDO DISP. P+INVEST.        | 23,94   |
| DEMONSTRATIVO INVESTIMENTOS  |         |
| HIPERFUNDOS - P/RESGATE .... | 668,39  |
| INÍCIO H. CREDITO            | 3920,00 |
| INÍCIO H. S/RESGATE          | 3920,00 |

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

26 JAN. 2015

DPVAT

Ass.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 GERENCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR- G.P.I  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE MIGUEL ALVES PIAUÍ

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Numero da Ocorrência: 015/2015                  | DATA DO REGISTRO: 14/01/2015 |
| Natureza: Lesão Corporal – Acidente de Trânsito | HORA DO REGISTRO: 11h22min   |

**DADOS DA VÍTIMA**

Nome: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Miguel Alves/PI

Estado: casada

Data do nascimento: 07/11/1983

RG: 2.224.650 SSP/PI

CPF: 968.312.433-04

Filiação: Maria José Gomes Ferreira e de Raimundo Patrício de oliveira

Domicílio: rua Maracanã, 2636, Forquilha, Miguel Alves/PI.

**HISTÓRICO**

O Sr. Antonio Francisco Vale do nascimento, RG 1.735.861 SSP/PI, CPF 789.175.813-15, brasileiro, natural de Miguel Alves/PI, nascido em 12.05.1978, casado, lavrador, filho de Maria Bezerra do Vale e de José Cordeiro do Nascimento, residente na rua Maracanã, 2636, Forquilha, Miguel Alves/PI, compareceu a esta delegacia na data e horário acima citada para comunicar que no dia 12.09.2014, por volta das 07:30 h, se deslocava da cidade de Miguel Alves/PI com destino a cidade de União/PI, juntamente com vítima, na motocicleta MARCA/MODELO: HONDA POP 100, ANO FAB/MOD: 2013/2014, PLACA: OVW-2330, COR: VERMELHA, CÓDIGO RENAVAN: 587788364, CHASSI: 9C2HB0210ER412305, LICENCIADO EM NOME DE: JOSÉ CORDEIRO DO NASCIMENTO, quando chegaram próximo ao povoado Mato Seco, uma vaca atravessou a estrada, o piloto tentou desviar, a moto derrapou, vindo a vítima a cair, foi socorrida pelo piloto, e levada ao hospital Pedro Vasconcelos, na cidade de Miguel Alves/PI, e depois transferida para o hospital HGV – hospital Getúlio Vargas, em Teresina/PI. A vítima sofreu Fratura no Fêmur esquerdo, conforme Prontuário Médico nº 236-5. Nada mais a dizer.

Miguel Alves-PI, 14 de janeiro de 2015.

Valéria Cristina dos Santos Cunha  
 Delegada de Policia Civil  
 Mat.: 245978-7

Autoridade Policial:

