

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: 000000003481-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1908201605000000000023705803000000003481472500 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 FÊMUR 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 OSTEOSSÍNTESE 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

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

## 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 FÊMUR ESQUERDO. 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.**

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 345.308, data de expedição 03/10/78,  
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 016.569.263-74, com  
 domicílio na cidade de MIGUEL ALVES, no Estado de  
PIAUÍ, 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 BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO  
 Ano: 2013  
 Modelo: HONDA POP 100  
 Placa: OVW-2330  
 Chassi: 9CZHR02106R412305  
 Data do Acidente: 12/09/14

Local e Data: UNIRO-PI, JAN/ 2015

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

Jose Cordeiro do Nascimento  
 Assinatura do Declarante

RECONHECIMENTO DE FIRMA	
Reconhec	Identidade(s) a(s) Firma(s)
<u>JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO.</u>	
Dout. Em testemunho <u>da verdade.</u>	
Miguel Alves-PI, <u>15/01/2015</u>	
<u>Julio César de Castro Oliveira</u>	
Escrivão Designado	
CPF.: 207.911.943-53	

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO	
Rua São Pedro, 35 - centro	
CEP: 64.130-000 - Miguel Alves-PI	
FONE: 3324-1823	

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
26 JAN. 2015	
DPVAT	
Ass: _____	

GEDULHA DE IDENTIDADE



POSSUIR DENTRO

Jose 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 JOSÉ CORDEIRO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO Maria Alves Cordeiro

Miguel Alves Fie. 1. 06/ABRIL 1951

NATURALIDADE

DATA DO NASCIMENTO

TERMINA 03 de Outubro de 1978

Assinatura José Alito da Costa

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Registro Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Documento de Inscrição

016.562.253-74

Nome JOSÉ CORDEIRO DO NASCIMENTO

05041955

Cartão de crédito para o Banco do Brasil  
Cartão de crédito para o Banco do Brasil

Emissão

01/01/78

BANCO DO BRASIL

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

26 JAN. 2015

DPVAT

Ass. \_\_\_\_\_

131  
85  
47  
1

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

236.5

Maria Betanha Ferreira de Oliveira

## PRONTUÁRIO MÉDICO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
TERESINA - PIAUÍ  
CONF. 01/11/11  
DATA: 11/11/11  
ASSIN. [Signature]  
Francisco [Signature]  
AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
MAT: 018816-5 / CPF: 245.500.763-68

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
26 JAN. 2015  
DPVAT  
Ass. [Signature]

236

ORTOP. 237/EXT



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS  
Fundação Municipal de Saúde

SUS

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL:

HCV. ORTOPEDIA

CONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA: SIM ( ) NÃO ( )

201409120017

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

Maurice Betanha Feres de Oliveira

IDADE:

30

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL:

DN - 0711183

66-2224650 SSP-PI

60-898002973031046

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (X)

### II - TRANSFERÊNCIA

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Paciente vítima de acidente automobilístico  
de baixa velocidade com lesões de membros  
superiores e inferiores.

EXAMES REALIZADOS:

Radiografias

laudo

DIAGNÓSTICO:

Fratura de

Fêmur

F

C.D. 572.3

Pront. 040820519

TRATAMENTO REALIZADO:

Clínico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

remissão

de cirurgia ortopédica

DATA: 12/09/14

Serviço Social do HCV  
Autorizo Abertura de Prontuário  
Teresina 13/09/2014

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA SIA

26 JAN. 2015

DPVAT  
Assu

Dr. Cláudio Moura  
Ass. e carimbo do médico  
CRM

# 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

Prontuario:

1318547

Internação:

86770

Nome: **MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA**

End. Resid.: RUA MARACANA, - FORQUILHA

Cidade: MIGUEL ALVES - PI

CEP: 64130-000

Sexo: Feminino	Nascimento: 07/11/1983	Idade: 30a:10m:6d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: LAVRADORA
Cadastro: 05/12/2013	G.Instrução: Não informado	Fone: 86-9867-3318	Cartão SUS (CNS): 898002973031046	Documento: RG: 2.224.650 - SSP-PI

Pai: RAIMUNDO PATRICIO DE OLIVEIRA

Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA

Cônjuge:

Responsável:

End. Responsável:

Jesus  
Funcionário do SAME

QP:

H.D.A.

ANT.PESSOAIS:

ANT.HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO:

GERAL:

CABEÇA E PESCOÇO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

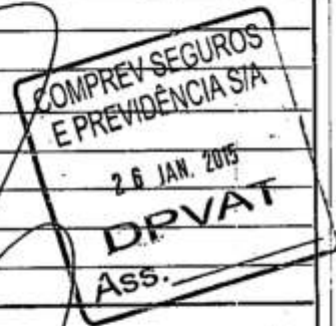
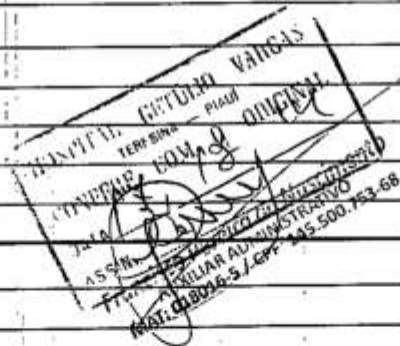
MEMBROS:

GENITAIS:

ESPECÍFICOS:

DIAGNÓSTICO:

PLANO TERAPÊUTICO:



Dr. Danilo Mendes Chagas  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4474 / CREM-PI 25100

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

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 2214101/3446-0  
UNI : HGV

Ordem Emissor: M221100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE

DE INTERNAÇÃO HOSPIT. MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO  
07/11/1983

Identificação do Estabelecimento de Saúde D. LIBERA: 15/09/2014

Dr. LAUDO Tony de Castro Leite

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

PROCED.: 0408050519

OP. SIST: LUPINHA

CID : 5723

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

CRM-PI 1582 - CPF 275.071.863-49

CNS 17041620340001

Assinatura do FEM

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

ASS. MEDICO 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 - SEP-PI
11-Mãe:	MARIA JOSE GOMES FERREIRA	12-Fone:	86-9867-3318				
13-Resp:	(O MESMO)	14-Cor:	Sem Informacao				
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:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:  
Fratura da diáfise do fêmur24-CID Prim:  
572325-CID Sec.:  
V29.9

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod. Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS		
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	6		
29-Clinica:	30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:
(CLINICA PARA TRANSFERENCIA)	02	01	CPF	184.008.173-20
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:			
WILSON RODRIGUES - COLUNA	13/09/2014			
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)				

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

## AUTORIZAÇÃO II

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
	15/09/14
48-Documeto:	49-Num. Documento:
( ) CNS ( ) CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data de Assinatura:
Simara Rodrigues da Silva	26.JAN.2015
53-Data de Emissão:	
13/09/2014 10:01:00	

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA SA  
26.JAN.2015  
DPVAT  
Ass.Usuário: (JESUS SOUSA)  
Consulta Local: 573067  
Consulta SUS:  
Impressão: 13/09/2014 10:01:00



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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2-CNES

2726971

Código de  
Internação:

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-Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA

13-Resp: (O MESMO)

12-Fone: 86-9867-3318

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

14-Fone:

16-Mic: MIGUEL ALVES

17-Cod.IBGE: 220620

18-UF: PI

19-CEP: 64130-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-  
cidata:

1

38-Profissional Responsável:

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

19/09/2014

40-No.Doc. Méd. Solic.:

Dr. Wilson  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA-HGV  
CRM-PI 1979  
41-Ass. Carimbo Méd.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE NECESSITA DE OPME

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NAO' autorização:

08/12/2014  
ICIRY  
Cássio Luiz  
Médico Auditor DRCANVSMS  
CRM-PI 155 - CPF: 275.071.063-49  
CNS 1 041622-2-00006  
49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
TERESINA - PIAUI  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 19/09/2014  
ASSINADO POR: FRANCISCO PEREIRA DO NASCIMENTO  
COORDENADOR ADMINISTRATIVO  
MAT: 08016-5 FONE: 145.500.753-68

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A  
- 26 JAN. 2015  
DPVAT  
Ass. \_\_\_\_\_



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: <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>	2-CNES <b>2726971</b>	Código de Internação: <b>86770</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL GETULIO VARGAS</b>	4-CNES <b>2726971</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <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-Mãe: <b>MARIA JOSE GOMES FERREIRA</b>	12-Fone: <b>86-9867-3318</b>		
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:		
15-Ende: <b>RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000</b>			
16-ic: <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. <b>0408050519</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0306020068</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS</b>	Quant. Soli- cidata:

38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>19/09/2014</b>	40-No.Doc. Med. Solic. <b>OK</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

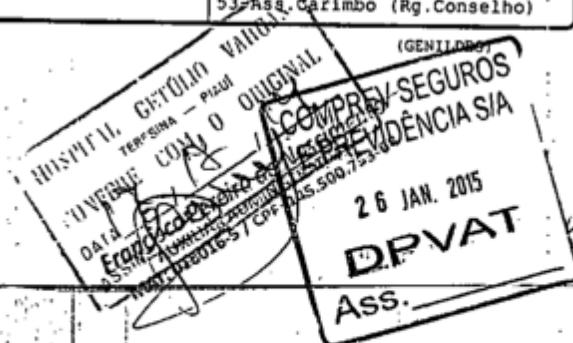
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE NECESSITA DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
---

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>01/12/2014</b>	48-CNS/CPF: <b>582 - CPF: 275.071.063-49</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>01/12/2014</b>	52-CNS/CPF: <b>582 - CPF: 275.071.063-49</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)





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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <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-Mãe: <b>MARIA JOSE GOMES FERREIRA</b>	12-Fone: <b>86-9867-3318</b>		
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:		
15-Ende: <b>RUA MARACANA, - FORQUILHA - CEP: 64130-000</b>			
16-ic: <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

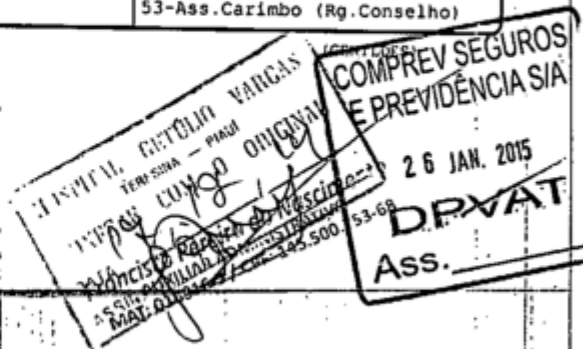
31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050519</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0802010016</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	<b>Dr. Wilson Rodrigues</b> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA-HGV CRM-PI: 1839
39-Data Solicitação: <b>19/09/2014</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.:	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE NECESSITA DE ACOMPANHANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>01/12/2014</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	<b>for / ou C...</b> <b>Médico Auditora PRICAAVIM</b> <b>CRM-PI 1552 - CPF - 215 071.963-49</b> <b>CNS 170428-41/10-444</b>	
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 BERNARDA FERREIRA DE OLIVEIRA Idade: 236-5 Ent./leito: 236-5  
Procedimento Cirúrgico: FRATURA FEMUR ESQUERDO (FRAT. SUBTROC. A. MÉRICA) Prontuário: 131 8547  
Chegada do paciente ao bloco operatório: às 17:00 h Data: 17/09/14

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

Checkar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

**Nível de Consciência**

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

**Padrão respiratório**

☒ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Apnéia ☐ Entubado sob VM Outro: \_\_\_\_\_

**Motoricidade**

☐ 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 MSD ☐ 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: \_\_\_\_\_

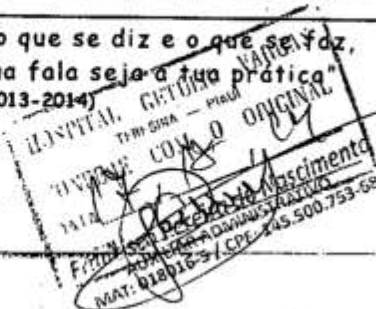
☒ Cirurgias anteriores: SIM ☐ Medicação de uso contínuo: SIM (ciclos)  
☐ Alergia medicamentosa: NEGA Retirada de próteses: ☐ Sim ☒ Não se aplica

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

OBS: PACIENTE COM IDENTIFICAÇÃO (PULSERES)  
EXAMES DE IMAGEM EM ANEXO NO PRONTUÁRIO

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem: Jurilde Gomes Matias COREN: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro: Jurilde Gomes Matias COREN: 248578

"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 prática"





## II TIME OUT - Na sala de cirurgia

Tipo de anestesia: Raquel

Posição do paciente para cirurgia:

☒ Dorsal ☐ Ventral ☐ Lateral ☐ Ginecológica ☐ Outra: \_\_\_\_\_

Preparo da pele: ☒ PVPI degermanje ☒ PVPI tópico ☐ Clorexidina

Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Local: \_\_\_\_\_


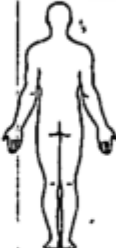
Grau de contaminação da ferida:

☒ Limpa ☐ Potencialmente contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada

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

Tipo de bisturi utilizado: \_\_\_\_\_ 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center;">Demarque a área a ser operada</p>	
Soro Glicosado	ml	Sanguíneas	ml		
Ringer Lactato	ml	Dreno	ml		
Conc. Hemácias	ml	Outro: _____	ml		
Outro: _____	ml	Outro: <u>SINGULARES</u>	ml		
<b>TOTAL:</b>	ml	<b>TOTAL:</b>	ml		

\* 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: 100 unid. Recebidas: 100 unid.

Peça cirúrgica para anatomia: ☒ Não ☐ Sim Qual: \_\_\_\_\_

Outros exames: ☒ Não ☐ Sim Qual(is): \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

SSVV	Admissão	15 min.	30 min.	60 min.	90 min.	120 min.
PA		123/70				
FC		100				
Sat O <sub>2</sub>		100				

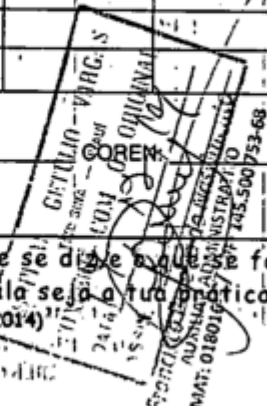
Maria Vera Silva Santos  
COREN 111111-TE

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, a tua fala seja a tua prática"

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013-2014)

(11-505-1105) - 30AMR 143 30AMR 143



DUAL MULTI PARAMETER INDICATOR

Class 4

121 °C - 134 °C

ATL PAU VERDE

Valisafe

121 °C - 134 °C

ATL PAU VERDE

DUAL MULTI PARAMETER INDICATOR

Class 4

121 °C - 134 °C

ATL PAU VERDE

Valisafe

121 °C - 134 °C

ATL PAU VERDE

BOLETIM DE CIRURGIA

CLINICA: Cirurgia II LEITO: 236-05 PRONTUÁRIO: 7318547

NOME: Maria Betanha Fereira de Oliveira DATA DE NASC: 07/11/83

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: fib 3 p fib c

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

CIRURGIA: Tiretômica fib 3 p fib c Nº SALA: 09

CIRURGIÃO: D. Wilson CRM-PI: \_\_\_\_\_

AUXILIARES: 1º Chaves 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Dessa CIRCULANTE: Vera

TECNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: parte a ser removida  
com o uso de pinças e  
de pinças de dissecação  
de pinças de pinça  
de pinças de pinça

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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATORIO: \_\_\_\_\_

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: ( ) SIM ( ) NÃO QUAL? \_\_\_\_\_

DATA: 17.09.14 HORA: 18h

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

26 JAN 2015

DPVAT

Ass.

HOSPITAL CÍTULO VARGA

TERO SIVA - PIAUI

ASSINATURA COM 9 ORIGINAL

DATA: 17/09/14

ASSINATURA: Wilson

CPF: 018016-5 / CNP: 145.500723-08

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	frasco	01	AGULHA DE RAQUER N° 25	unid	01
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ml	frasco		AGULHA PERIDURAL N°	unid	
SORO GLICOSADO 50% ml	frasco		AGULHA 25X7	unid	01
FINGER LACTATO ml	frasco		AGULHA 30X7	unid	01
AGUA DESTILADA ml			AGULHA 40X12	unid	01
AGUA PARA INJEÇÃO 10ml	amp		AGULHA DE INSULINA	unid	
MAHITOL 3% 2000ml	frasco		SCALP N°	unid	
FORMOL ml	unid		JELCO N°	unid	
AGUA OXIGENADA ml	unid	730	SERINGA DE 60ml	unid	
ALCOOL 70% ml	unid	720	SERINGA DE 20ml	unid	01
PVPI DEGERMANTE ml	unid	700	SERINGA DE 10ml	unid	01
PVPI TÓPICO ml	unid	700	SERINGA DE 5ml	unid	01
CLOREXIDINA ml	unid		SERINGA DE 3ml	unid	
BSS 600 ml	frasco		SERINGA DE 1ml	unid	
VOLUVEN 6% 500ml	frasco				
			DRENOS		
			DRENO DE PENROSE N°	unid	
			DRENO DE SUCTION N° 48 mm	unid	01
			DRENO DE TORAX N°	unid	
			DRENO DE KHEP	unid	
			OUTROS MATERIAIS		
FIQS			LAMINA DE DISTURI N° 24	unid	01
NYLON N° 2-8	unid	05	LAMINA DE DISTURI N°	unid	
NYLON N° 3-8	unid	03	GAZES	pacote	08
CATEGUT SIMPLES N°	unid		ESPARADRAPO	cm	60
CATEGUT CROMADO N°	unid		MICROPORE	cm	
CATEGUT CROMADO N°	unid		COMPRESSAS	unid	40
ALGODÃO COM AGULHA N°	unid		ALGODÃO	bola	
ALGODÃO SEM AGULHA N°	unid		EQUIPO MACROGOTAS	unid	01
VYCRIL N° 0	unid	01	EQUIPO	unid	
VYCRIL N° 1	unid	01	EQUIPO PARA SANGUE	unid	
PROLENE N°	unid		TORÇEIRINHA	unid	
PROLENE N°	unid		POLIFIX	unid	
MONOCRYL N°	unid		TRANSOFIX	unid	
PDS N°	unid		IRRIGÓPLAS	unid	
			ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	unid	05
			CATETER DUPLO JOTA	unid	
			CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	unid	
LUVAS			TUBO UROTRAGUEAL N°	unid	
PROCEDIMENTO	unid	05	FILTRO BACTERIOLÓGICO PV TOT	unid	
ESTERIL N° 6-5	unid	01	CAPA PARA VIDEO	unid	
ESTERIL N° 7-5	unid	01	CAPA PARA MICROSCÓPIO	unid	
ESTERIL N° 8-0	unid	01	LENTE INTRAOCULAR N°	unid	
ESTERIL N° 7-0	unid	01			
SONDAGEM					
SONDA URETRAL N°	unid				
SONDA DE FOLEY 2 Vias N°	unid				
SONDA DE FOLEY 3 Vias N°	unid				
SONDA NASOGÁSTRICA N°	unid				
SONDA NASOENTERAL N°	unid				
COLETOR DE URINA FECHADO	unid				
COLETOR DE URINA ABERTO	unid				
XYLOCAINA GELÉIA 2%	tubo				
SONDA RETAL N°	unid				
VASELINA	tubo				

ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

Maria Vera Silva Santos  
COREN-PI 158895-TE

Circulante - COREN

Hora:



Francisco de Paula e Silva - COREN





# BOLETIM DE ANESTESIA

DATA	14/03/14	SALA	
PROTÓTIPO			

PACIENTE		Mora Betonha Figueira de Oliveira		IDADE	DATA DE NASC.	PESO	SEXO
PROCEDIMENTO		TRAT. CIR. PROTEÇÃO DA DIÁLISE DO RÊMIO				ESTADO FÍSICO	
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	CREATININA			

Oxigênio	SEVOFLURANO	SEQUÊNCIA	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO	
DIURSE		18:35	
TÉCNICA ANESTÉSICA		19:30	
OBSERVAÇÕES:			

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>

GASES	l/min	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	amp	Dopamina	amp	Neostigmina	amp	Rennifentani	fr
Adrenalina	amp	Dormorid	amp	Nitride	amp	Ranitidina	amp
Água Dest. 10ml	amp	Efortil	amp	Noreadrenalina	amp	Ringer-Lactado	fr
Opro 500mg	fr	Eletrina	amp	Neocaina	amp	Sufentanil	amp
Cefazolina 1g	amp	Fentanil (v/cont)	amp	Neocaina	amp	S.Fisiol. 0.9%	fr
Clonidina	amp	Fentanil (frasco)	fr	Omeprazol	fr	S.Glicosado 5%	fr
Colágeno	fr	Sevoflurano	ml	Pancurônio	amp	Tracrium	amp
Dexametasona	amp	Hidrocodisona	fr	Propofol	amp	Transamin	amp
Diazepam	amp	Isoflurano	ml	Propofol	fr	Novabupr 0.5%	amp
Dimorf	amp	Manitol	fr	Protamina	amp	Lidocaina	amp
Dinipr	amp	Mobronidazol	fr	Quelidn	fr		
camino	amp	Narcan	amp	Quetamina	fr		

Anestesiologista - CRM Dr. Antônio Vias Alves de Oliveira  
34450 CRM 1583

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

26 JAN. 2015

DPVAT

ASS.  
COPIA COM O ORIGINAL  
DATA  
ASSIN.  
MAT. 0180065 / CRP 145.500.793-63



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.	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30'	2h	2h30'	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL										
F. CARDÍACA										
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXIMETRIA										
EXAME FÍSICO										
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO CONSCIÊNCIA	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	6h	SAÍDA			
Completamente acordado	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não responde ao chamado	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO										
Profunda ou tosse livremente	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitada, dispnéia	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnéia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL										
RESPONSÁVEL PELA CHECAGEM										

Alta da Recuperação pós-anestésica

Horário: \_\_\_\_\_

MOD.144-HGV

Dr. Antônio Viana Alves de Oliveira

Méico PÓS 1582

Anestesiologista CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
TERCEIRA - PIAUÍ  
COPIAR COM H. ONICA

Francisco Pereira do Nascimento  
AUXILIAR ADMINISTRATIVO  
MAT. 018016-5 / CPF. 145.500.753-68



Paciente: MARIA BETHANIS FERREIRA DE OLIVEIRA

DN: 07/11/1983      Prontuário: 1318547

Data: 17.09.14

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

Checkagem antes da indução anestésica	Checkagem antes da incisão cirúrgica	Checkagem antes do paciente sair da sala de cirurgia
<b>Responsáveis:</b> anestesiológico, cirurgião (ã) ou auxiliar, técnicos(as) de enfermagem (instrumentador(a) e circulante)	<b>Responsável:</b> técnico(a) de enfermagem (circulante)	
<b>Identificação (sign-in)</b> <p>Confirmar com o paciente:</p> <p>Identidade do paciente ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Jejum ( ) Sim Quantas horas ( ) Não</p> <p>Procedimento programado</p> <p>Sítio demarcado ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Consentimento informado preenchido e assinado:</p> <p>Para a anestesia ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Para a cirurgia ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Exames de imagem essenciais estão disponíveis?</p> <p>( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Avaliação pré-anestésica realizada:</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis:</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente funcionando?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>O paciente possui alergia?</p> <p>( ) Sim Quais? ( ) Não</p> <p>O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Equipamentos para assistência disponíveis? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>O paciente tem risco de perda sanguínea &gt; 500 ml (criança &gt; 7 ml/kg)?</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Tem acesso endovenoso adequado ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Tem reserva de sangue ( ) Sim ( ) Não</p>	<b>Confirmações (time-out)</b> <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>(X) Identificação do paciente</p> <p>(X) Procedimento programado</p> <p>(X) Sítio Cirúrgico demarcado</p> <p>Placa de bisturi posicionada corretamente:</p> <p>(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</p> <p>(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p>Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica prevista?</p> <p>( ) Sim - Qual? ( ) Não</p> <p>Equipe de anestesiologia: alguma preocupação específica com o paciente?</p> <p>( ) Sim - Qual? ( ) Não</p> <p>Checkagem da equipe de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os instrumentais estão disponíveis?</li> <li>Todos os instrumentais estão esterilizados?</li> <li>Todos os equipamentos necessários estão disponíveis?</li> </ul>	<b>Registros (check-out)</b> <p>A técnica de enfermagem confirma verbalmente com a equipe:</p> <p>Procedimento realizado:</p> <p>Contagem dos compressas correta?</p> <p>(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Contagem dos Instrumentais cirúrgicos correta?</p> <p>(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>Contagem de agulhas correta?</p> <p>(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica</p> <p>As amostras/biópsias para a anatomia patológica estão identificadas (nome do paciente e data de nascimento; local anatómico de origem; quantidade de amostras)?</p> <p>( ) Sim ( ) Não (X) Não se aplica</p> <p>Registros completos no prontuário:</p> <p>Do procedimento intraoperatório (X) Sim ( ) Não</p> <p>Do procedimento anestésico (X) Sim ( ) Não</p> <p>Todos os medicamentos prescritos e administrados foram checados?</p> <p>(X) Sim ( ) Não</p> <p>Todas as recomendações médicas para os cuidados no pós-operatório imediato estão prescritas?</p> <p>(X) Sim ( ) Não</p> <p>Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?</p> <p>( ) Sim - Qual? (X) Não - Qual?</p>

COMPANHIA SEGUROS  
PREVIDÊNCIA S/A  
25 JAN. 2015  
DPVAT  
SS. \_\_\_\_\_

Maria Vera Silva Santos  
CONECT@PI.USP.BR

**Cirurgião/Auxiliar**

## Anesthesiologist

Instrumentador (a)

## Circulante



**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

Data: 07/11/83  
Nome: Maria Betânia Ferreira de Oliveira  
Procedência: Migração Data nasc: 07/11/83 1ª Prior.  
Religião/Crenças: Católica Fone:   
Grupo Sanguíneo / Fator Rh ( )

**II - ASPECTO SOCIOECONOMICO E ESPIRITUAL**

Mora sozinho ( ) Mora com familiares/outros ( ) Assistência domiciliar ( ) Outros:   
Cuidador: sim ( ) não ( ) formal ( ) não formal ( ) Quem?   
Situação econômica: Independente ( ) Dependente ( ) De quem?   
Profissão: doméstica  
Grau de instrução: 5ª série Barreiras na comunicação: sim ( ) não ( ) Déficit Auditivo sim ( ) não ( )

**III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)**

Hipertensão ( ) Dislipidemia ( ) Diabetes ( ) Insuficiência Renal Crônica / aguda ( ) Cardiopatias ( )  
Tabagismo ( ) Edismo ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Qual?   
Cirurgias:  Sim ( ) Não Qual?   
Reconciliação Medicamentosa:

MOE	VA	DOSE	HORARIO	MOE	VA	DOSE	HORARIO
<u>Ciclo 21</u>	<u>oral</u>	<u>12 drs</u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

**IV - EXAME FÍSICO:**

a) SINAIS VITAIS:  
PA:  Pulso:  Fítilor ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Arritmico ( ) Temp.  FR:  PVC:   
Glic. Capilar:  Sal de Oxigênio   
Dor: sim ( ) não ( ) Score:  Local:  Tipo:  Escala de dor utilizada:

b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTO NUTRICIONAIS  
Peso:  (verificado) Peso:  (habitual) Perda de peso nos últimos 3 meses: sim ( ) não ( ) Kg:  Redução na  
Ingestão alimentar na última semana: sim ( ) não ( ) Altura:  (m) IMC:  (IMC=Peso/Altura²)  
Circ. Abdominal:

c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO:  
Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Torporoso ( )  
ESCALA DE GLASGOW  ESCALA DE RASS  Obs. Aplicar quando necessário

d) CABEÇA  
Couro cabeludo: Sem anormalidades ( ) Ferimento ( ) Hematoma ( ) Alterações:   
Face: Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Ferimento ( ) Hematomas ( )  
Nariz: Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Sem anormalidades ( ) Lesão ( ) Epistaxe ( )  
Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reativas ( ) Areflexivas ( ) Mioticas ( ) Midriáticas ( ) Puniformes ( ) Médias ( )  
Olho: Hipermia ( ) Hemorragia ( ) Ictérica de esclerótica ( ) Baixa acuidade visual ( ) Lentes corretivas ( ) Processo inflamatório/infeccioso ( )  
Ouvindo: Normal ( ) Otite ( ) Lesão ( ) Outros:   
Boca: Sem anormalidades ( ) Cãibras ( ) Falhas dentária ( ) Prótese ( ) Lesão ( )

e) SISTEMA RESPIRATÓRIO  
Padrão: Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispneico ( ) Tiragem ( ) Respiração Espontânea ( )  
Aporte de O<sub>2</sub>: Traqueostomizado ( ) TOT ( ) Em VM ( ) Macronebulização ( ) O<sub>2</sub> sob cateter nasal ( ) Sem aporte de O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> venturi ( ) O<sub>2</sub> máscara

f) TÓRAX:  
Expansão: Normal ( ) Diminuída ( ) Simétrica ( ) Deformidade ( ) Inspeção: Normal ( ) Simétrica ( ) Em Barril ( ) Assimétrica ( )  
Alterações:   
Ausculta pulmonar: Normal ( ) Murmúrios vesiculares diminuídos ( ) Roncos ( ) Crepitos ( ) Sibilos ( ) Murmúrios vesiculares ( ) Ruídos adventícios ( )

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR  
Perfusão Periférica: Normal ( ) Diminuída ( ) Cianose ( ) Outros:   
Ausculta Cardíaca: Normal ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Ritmo: Regular ( ) Irregular ( )  
Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hiperfonéticas ( )  
Acesso Venoso Central ( ) Periférico ( ) Local de inserção:  Data:   
Rede Venosa: preservada Sim ( ) Não ( )  
Resuscitação Cardio Pulmonar (RCP): Sim ( ) Não ( ) Uso de marcapasso: provisório ( ) definitivo ( )

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL  
Abdomen:  
Forma:  Flácido ( ) Tenso ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Escavado ( ) Profuso  
Ruídos Hidroaéreos:  Presentes ( ) Ausentes ( ) Hiperativos ( ) Hiporativos Alterações:  Distendido ( ) Timpânico ( ) Doloso  
Estomias:  Sim ( ) Não Qual?   
Vias:  
Vias:  Enteral ( ) Parenteral ( ) Oral Vias:  Via Oral ( ) SHG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) Gastrostomia  
Alterações:  Húseas ( ) Vômitos ( ) Epigastralgia ( ) Outros:   
Aceleração:  Sim ( ) Não ( ) Parcialmente  
Eliminação:  
Intestinal:  Normal ( ) Constipação ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Enterorregia ( ) Obstipação  
Consistência:

i) MÚSCULO ESQUELÉTICO  
Deambulação: Com auxílio ( ) Sem auxílio ( ) Acamado ( ) Presença de deformidade ( ) outros especifique:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
TER. SUPA - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA: 07/11/83  
ASSIN: [Assinatura]  
FICHA DE ENFERMAGEM  
UNIDADE ADMINISTRATIVA  
FICHA 016016-5 / EXT. 145.500.752-53

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
26 JAN. 2015  
DPVAT  
Ass.

Sensibilidade: ( ) Parosia ( ) Parestesia ( ) Uso de próteses ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Tetraplegia Déficit motor: Sim ( ) Não ( )  
Qual? \_\_\_\_\_  
Tonicidade: Rígido ( ) Flácido ( ) Imobilização: Colar cervical ( ) Gesso ( ) Fixação externa ( ) Alteração: Celulite ( ) Coleção ( ) Outros: \_\_\_\_\_

(V) Flocos: Queda ( ) UPP ( ) Fiebril ( ) Alergias: sim ( ) não ( ) Qual? \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

#### II) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: nutrida ( ) desidratada ( ) hidratada ( ) desidratada ( ) normocrada ( ) hipocrada ( ) icterícia ( ) Integra ( ) lesionada (local) \_\_\_\_\_  
( ) edema \_\_\_\_\_ Risco de lesão de integridade ( ) Local \_\_\_\_\_

Em caso de presença úlcera por pressão

inclassificável ( )

Suspeita de lesão profunda ( )

#### III) APARELHO GENITOURINÁRIO

Diurese: Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção Urinária ( ) Fralda ( ) Sonda de Foley ( ) Disostomia ( ) Dispositivo Urinário ( ) Sonda de alívio ( )  
Queixas: Ardência ( ) Corrimento ( ) Prurido ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Polúria ( ) Anúria ( ) Hematuria ( )

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

#### V) SISTEMA REPRODUTOR

Menarca ( ) Menopausa ( ) Primípara ( ) Multipara ( ) Outro: \_\_\_\_\_ Atividade sexual: Sim ( ) Não ( )

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: sim ( ) não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

( ) POI TIPO: \_\_\_\_\_ DPO \_\_\_\_\_ POT \_\_\_\_\_ Sítio cirúrgico: Limp ( ) Hiperemido ( ) Secreção ( )

Sanguinolenta ( ) Serosanguinolenta ( ) Edema ( ) Purulenta ( ) Serosa ( )

Dreno: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_ Data da inserção: \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ Data da inserção do dreno: \_\_\_\_\_

#### VII) Informações Adicionais

Orientação sexual: ( ) Heterossexualidade (ou Heterossexual) ( ) Homossexualidade (ou Homossexual) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Trouxe exames? Sim ( ) Não ( ) Quais? \_\_\_\_\_

Recebeu o manual dos direitos e responsabilidades? Sim ( ) Não ( )

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

Como o Sr. ou Sr. se sente agora? \_\_\_\_\_

#### (VIII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFSSIONAL - ESPECIFICAR:

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

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

Tratamento específico: \_\_\_\_\_ ( ) Outro \_\_\_\_\_

#### QUADROS DE ORIENTAÇÃO DE ESCALAS E IMC

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE
AÇÃO	RESPOSTA	POSIÇÃO
Abertura ocular	Esponthas	3
	À voz	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
Melhor Resposta motora	Sons Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Obedece comandos	Do localiza	6
	Retirada de flexão	5
	Flexão anormal	4
Extensão anormal	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
POSIÇÃO TOTAL		15

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 frequentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, 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 estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

#### IMC - PIAB

ADULTO		IDOSO	
VALOR	CLASSIFICAÇÃO	VALOR	CLASSIFICAÇÃO
Abaixo de 18,5	Subnutrido ou abaixo do peso	Abaixo 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

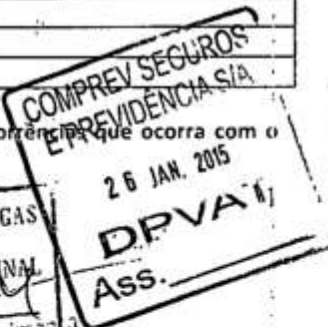
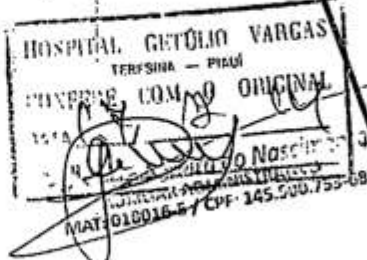
ASSINATURA E IMPRESSÃO (A) / COREIA CARIMBO

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
UNIDADE - JUM 9 ONCOTOL  
DATA \_\_\_\_\_  
ASSIN \_\_\_\_\_  
Francisco Pereira do Nascimento  
Médico - Oncologista  
Mat: 046016-5 / CRP: 1-25.500.753-03

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
NOME: <u>Maria Bituma Ferreira de Oliveira</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>07/11/83</u>		IDADE:		
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>03/09/14</u>				
<b>2. FATORES PREDISPOANTES (Marque com um "X")</b>	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
Crianças $\leq$ 5 anos				
Idosos $\geq$ 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 (Marque com um "X")</b>	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO	3ª AVALIAÇÃO	4ª AVALIAÇÃO
<input type="radio"/> Alto risco (vide verso)				
<input type="radio"/> Baixo risco (vide verso)				
<b>4. MEDIDAS PREVENTIVAS</b>				
Não deixar o ambiente totalmente escuro*	X			
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes*	X			
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 a enfermagem o período em que o paciente permanecerá sem acompanhante	X			
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições	X			
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro	X			
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.				
<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>PACIENTE/ACOMPANHANTE (Assinatura)</b>		<b>ENFERMEIRO (Assinatura)</b>	
1ª	<u>Maria Bituma Ferreira de Oliveira</u>		<u>[Assinatura]</u>	
2ª				
3ª				
4ª				

\* 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.





GRAU DO RISCO DE QUEDAS	CONCEITO
BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente <del>acamado</del>, 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.

h) PADRÃO DE SONO: ( ☒ ) Bom ( ☐ ) Regular ( ☐ ) Ruim ( ☐ ) Insônia ( ☐ ) Uso de sedativo-calmanantes: ( ☐ ) Não ( ☐ ) Sim

o) SISTEMA REPRODUTOR: ( ☐ ) Menarca ( ☐ ) Menopausa ( ☐ ) Primípara ( ☒ ) Multipara

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

Alergia: ( ☒ ) Não ( ☐ ) Sim. Qual?

VI) CIRURGIAS Você já realizou alguma cirurgia: ( ☐ ) Não ( ☒ ) Sim.

Qual(is): Joelho (fixação)

Qual o ano? novembro 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 debilitados

( ☐ ) 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.<sup>a</sup> gostaria de fazer alguma pergunta em relação a 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.<sup>a</sup> gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome: Dr. Adriano Mendes de Almeida

Identificação/Responsável:

Assinatura: Maria Brito da Silva RG: 2.224.650

Grau de parentesco (se aplicável):

Data: 13/09/14 Hora: 10:00

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
TER. SINA - PRAT

COPIA COM ORIGINAL

DATA

SSIN

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

MA: 018016-5 / CPF: 145.500.753-08

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

- 26 JAN. 2015

DPVAT

Ass.





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

Prontuario:  
1318547  
Internação:  
86770

CEP: 64130-000

Profissão:  
LAVRADORA

Pocute necrito Acayonte.

[illegible]

Date: 11/1/88

Ass. Médico Solicitante

Auditor

**Data:**

Assinatura - CPE

**Dr. Danilo Milhota Chagas**  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 44.777 / CREA 4394 TOR

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
 Av. Pádua Cerqueira, 2352 - Teresina - PI CEP: 64120-000  
 TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DETANHIA FERREIRA DE OLIVEIRA** (Prontuário: 1318547)  
 Endereço: RUA MARACANA, - FORQUILHA - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64120-000  
 Nascimento: 07/11/1983 Idade: 30a: 10m: 12d Sexo: Feminino Origem: INTERNACAO Atendimento: 86770  
 Requisição: 189021 Solicitação: 18/09/2014 Solicitante: WILSON RODRIGUES - COLUNA  
 Cartão: 350046 Convênio: SUS (CLINICA PARA TRANSFERENCIA) (ENF. DE) (LEIO)

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 16/09/2014

### FÊMUR ESQUERDO

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

(JANADA)

TERESINA - PI 19/09/2014

**ROBERT WEIBER MARTINS DANTAS**  
 CPF: 364.511.903-78 CRM 2460-PI  
 Profissional Responsável

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A  
 26 JAN. 2015  
 DPVAT  
 Ass.

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
 TERESINA - PI  
 CONFERIR COM O ORÇAMENTO  
 DATA: 18/09/14  
 ASSIN: [Assinatura]  
 Francisco Pereira do Nascimento  
 ATUALIZADA: 18/09/2014  
 WAT: 018036-5 / Cel: 345.500.753-68

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA 1 CÔD. RENAVAM 587788364 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2014

NOME  
JOSE CORDEIRO DO NASCIMENTO

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

CPF / CNPJ 01656426374 PLACA QVW-2330

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2HB0210ER412305

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL 002P/097CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

CÔTA ÚNICA VENC. CÔTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1ª IPVA  
2ª  
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO 1

OBSERVAÇÕES

A/FID: ADMINISTRADORA DE CONS N

LOCAL DATA  
MIGUEL ALVES 1/11/2014

JEÓVA BARBOSA DE CARVALHO ALENCAR  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

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  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 1/11/2014

VIA 1 CPF / CNPJ 01656426374 PLACA QVW-2330

RENAVAM 587788364 MARCA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB. 2013 CALIBRE 09 Nº CHASSI 9C2HB0210ER412305

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,03 DENATRAN (R\$) 14,33 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,10 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ CÔTA ÚNICA ☐ PARCELADO 30/10/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

DUT

\*1004032\*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*Maria Betanha Ferreira de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 2.224.650

DATA DE EXPEDIÇÃO 12.JAN.2000

NOME MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA  
Raimundo Patrício de Oliveira

FILIAÇÃO Maria José Gomes Ferreira

Miguel Alves-Pi 07.NOV.1983

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Nasc.to. 40.442. Liv. 57. Fls. 129 v

DOC. ORDEM

Exp. Miguel Alves-Pi 05.01.1988

Francisco de Assis Pinheiro Martins  
COPISTA POLICIAL

LEI Nº 7.115 DE 20.08.83



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

968.312.433-04

MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

07/11/1983



Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

BANCO DO BRASIL

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*100403



COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
26 JAN. 2015  
DPVAT  
Ass. \_\_\_\_\_





# 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 (a)

Sr(a): MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

levando (a) 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,

UNIAO, PI de JANEIRO de 2015.

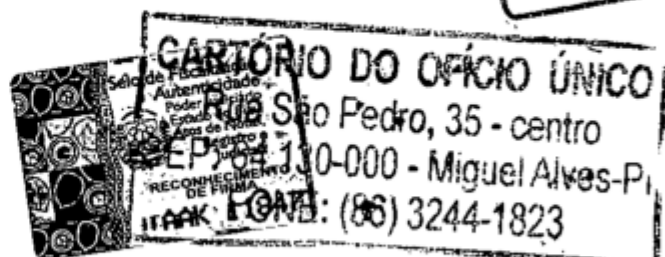
CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

*Antonio Francisco Vale do Nascimento*

ASSINATURA DA TESTEMUNHA



**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
 Reconheço a(s) Fimada(s) a(s) Firma(s)  
ANTONIO F. VALE DO NASCIMENTO  
 Dou fe. Em testemunho 9 da verdade.  
 Miguel Alves-PI, 15/01/2015  
Júlio César de Castro Oliveira  
 Escrivão Designado  
 CPF.: 207.911.943-53





Seguradora Líder - DPVAT

## 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 OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.224.650EXPEDIDO POR SSP-PIEM 12/01/01 ECPF 9.683.124.33-09 / CNPJ 00000000-0000-00, 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 O. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACÓRDO 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 Lotéticas 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.

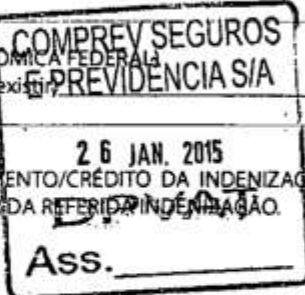
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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) \_\_\_\_\_

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.



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.



Bradesco

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

12/18 5803 3 0003481 9 01 00

MARIA B FERREIRA OLIVEIRA

elo

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 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 704-8383 (Débito) / 0800 722-9988 (Crédito) Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 722-0099 Ouvidoria 0800 727-9933 bradesco.com.br

elo

Dia & Noite

Banco24Horas

debito e crédito

BRADESCO EXPRESSO

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
GILSON BRITO DA CUNHA  
AV DES SIMPLICIO MENDES 587  
TERM.NET-ISO 00028535 DATA 28/01/2015  
DATA: 28/01/2015 HORA DE BRASÍLIA: 11:11

EXTRATO DE CONTA CORRENTE

MARIA BETANNA FERREIRA DE OLIV 11:11U  
AGENCIA 5803 CTA 0003481-9 20-JAN-2015

DISPONIVEL	23,94
+ CONTA FACIL (C/C + POLP)	23,94
= TOTAL DISPONIVEL .....(A)	
+ INVESTIMENTO S/ BX AUT(B)	668,39
SALDO TOTAL .....(A+B)	692,33
SALDO DISP. P-INVEST. ....	23,94
DEMONSTRATIVO INVESTIMENTOS	
HIPERFUNDO - P-RESGATE ....	668,39
1 INICIAL CREDITO	1020,187

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 PIAUI

**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 da Silva Cunha  
Delegada de Polícia Civil  
Mat.: 245978-7

Autoridade Policial: \_\_\_\_\_

