



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAIOR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 OUT 2018

DPVAT

RELATÓRIO

Em 25.3.2018, a Sra Valnice
Mário Sousa Silva, segundo in-
formar, sofreu acidente de trânsito
bilístico com fratura do úm-
ero à dir. C.O. 542.3

Fez tratamento cirúrgico onto-
pedino (osteossíntese)

Encontra-se de alta do tra-
tamento ortopédico referendo
do no oitavo dia das evoluções.
Apresenta de forma adequada
bom dia a diferenciação de
movimentos do ombro e do

aproximados

José Gregório Ximenes
Médico CRM - PI 802
Ortopedia e Traumatologia

CAMPO MAIOR (PI)

01.10.18

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

VERN

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH : 221810104969-2
UNI : HSV

Orgão Emissor: M22100001

VENICE MARIA SOUSA SILVA

NASCIMENTO
09/01/1997

D.LIBERA: 23/04/2018

DT. LAUDO:

PROCD.: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO

OP.SIST: GILDETE

CID : S423

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Alimento

1825

Identificação do Paciente

5 - Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA

6 - Prontuário: 360022

7 - CNS: 206451370190008

8 - Nascimento: 09/01/1997

9 - Sexo: F

CPF: 073.311.063-08

11 - Mãe: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

12 - Fone: 88-9.51203838

13 - Resp: MARIA DA CONCEICAO DA SILVA SOUSA

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: POV CABECEIRA

ZONAN RURAL 19 - CEP: 54280-970

16 - Munic: CAMPO MAIOR

17 - Cod. IBGE: 220220

18 - UF: PI

RG: 36714-81481

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Lesões nítidas de acidente de motocicleta
Lesões fraturas de úmero

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de TTO Cirúrgico

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

15 OUT 2018

Arterio + Genufú + R

23 - Diagnóstico inicial:

24 - Cód Princ.: S423

25 - Cód Sec.: _____

26 - Cód C.A.: _____

FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO

DPVAT

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO

Tempo SUS
2

29 - Clínica:

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solc. 00479824380

33 - Nome Profissional / Assistente
RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

34 - Data de Solicitação:
19/04/2018

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3916 TEL: 13135

35 - Ass. Coord. Méd. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetário.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:
23/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Coord. Méd. Solicitante

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: JESUS.SILVA

Conexão Local:

Conexão SUS:

Impressão: 8:21:02

Maria da Conceição da Silva Sousa

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/05/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-7



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: Otorrinolaringologia LEITO: 105-03 PRONTUÁRIO: 360022
NOME: Venue Maria Sousa Silva DATA NASC: 09/01/1992
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FIA da Uvula

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: FIA da Uvula Nº SALA: 11
CIRURGIÃO: Dr. Glaucio CRM.PI: 2283
AJUDANTES: Dr. Falcão
INSTRUMENTADORA: Estimara Sobrinho CIRCULANTE: Valdeane

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

Partição de Uvula com
alça de Langenbeck e
alça de Muelbauer para
manipulação da Uvula
com o uso de fórceps
de Uvula e Uvulotomia
com o uso de Uvulotomia

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

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

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

DATA: 21/04/18 HORA: 14h

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 16 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/04/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019055-9



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
BOLETIM DE ANESTESIA

500 Capas

PACIENTE: VIA CARINA P. M. M.

PROCEDIMENTO: 1ª Cirurgia

PRONTUÁRIO: 360022

DATA DE NASC.: 1/1 IDADE: 1 PESO: 1 SEXO: M

RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 1 ALTURA: 1,50

GLICOSEMA: 100 UREIA: 100 CREATININA: 100 OUTROS: 100 ESTADO FÍSICO ASA: 1

DIAGNÓSTICO: 100

SEQUENCIA: 100

ANESTESIA: 100

ANESTESIOLOGISTA: 100

ANESTESIOLOGISTA - CRM: 100

MEDICAMENTOS UTILIZADOS:

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Remifentanyl	Fras
Acetilcolina	Amp	Diazepam	Amp	Nitride	Amp	Remifentanyl	Fras
Agua dest. 10ml	Amp	Efortil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Civite 100mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolin 1g	Amp	Fentanyl	Amp	Neocaina	Amp	S. Fisiológico 0,9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanyl	Fras	Omeprazol	Amp	S. Glucosado 6%	Fras
Cuidade	Fras	Sedofurano	M	Pancuronio	Amp	Tracrium	Amp
Dextropropofol	Amp	Hidrocortisona	Fras	Propofol	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	M	Propofol	Fras	Novabup 0,5 v	Fras
Dilutor	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaine 2% v	Fras
Diprione	Amp	Metronidazol	Fras	Quelidol	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcot	Amp	Quelidol	Fras		

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 16/04/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DO PRONTUÁRIO MAT. 360022



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAIOR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

RELATÓRIO

Em 25.3.2018, o Sr. Valmir
Mário Sousa Silva, segundo in-
formar, sofreu acidente de trans-
porte com fratura do úm-
ero à dir. CID-542.3

Faz tratamento cirúrgico orto-
pedico (osteossíntese)

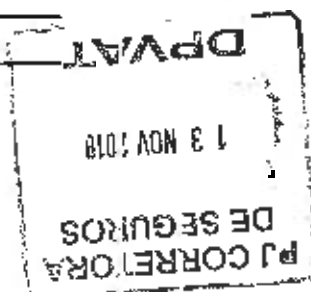
Encontra-se de alta do tra-
tamento ortopédico referen-
do no oitavo dia das evoluções.
Apresenta boa evolução do
limite da amplitude de
movimento do ombro a dia

Assinatura

José Gregório Ximenes
Fisioterapeuta - FORT
Especialista em Fisioterapia

CAMPO MAIOR (PI)

25.11.18
1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Venice Maria Sousa Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.871.481 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/13

NOME VENICE MARIA SOUSA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA
ARISTEU FRANCISCO SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 09/01/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 14871 L A13 F 217
EXP BARRAS-PI 14/12/99

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
073.311.063-09

Nome
VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nascimento
09/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
576E.0E7E.1BCC.C1D9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:19:06 do dia 09/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Adonias Araújo Silva

REGISTRO DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.588.317 DATA DE EXPIRAÇÃO 05/09/17

NOME ABONIAS ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO ANTONIA SOUZA ARAUJO
FRANCISCO SÁBES DA SILVA NETO

IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA MAIOR-PM

DATA DE NASCIMENTO 19/04/1988

DOC. OUTROS

CERT. NASC. 89.778.473-50 F. 391

CPF 089.423.473-66

1410977

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Diretor/Divisão de Identificação Policial Civil

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Venice Maria Sousa Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.871.481 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/13

NOME VENICE MARIA SOUSA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA
ARISTEU FRANCISCO SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 09/01/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 14871 L A13 F 217
EXP BARRAS-PI 14/12/99

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
073.311.063-09

Nome
VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nascimento
09/01/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
576E.0E7E.1BCC.C1D9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:19:06 do dia 09/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Adonias Araújo Silva

REGISTRO DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.588.317 DATA DE EXPIRAÇÃO 05/09/17

NOME ABONIAS ARAUJO SILVA

FILIAÇÃO ANTONIA SOUZA ARAUJO
FRANCISCO SÁBES DA SILVA NETO

IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA MAIOR-PM

DATA DE NASCIMENTO 19/04/1988

DOC. OUTROS

CERT. NASC. 89.778.473-50 F. 391

CPF 089.423.473-66

1410977

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Diretor/Divisão de Identificação Policial Civil

LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ

Nº 9993048815

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0383
17.0b
2d7e
0a97
0268
4129
a9af
7021
04a8
8807
5912

VIA 000028444
1 170034364 RNTRO EXERCÍCIO 2011

NOME MARIA SANTOS MONTEIRO

02955650306

PLACA NIT-8359

CHASSI 9C23C4110AR522780

ESPECIE TIPO

CONSTRUCTIVEL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO KAB

2009

ANO MCM

2010

CAP/ROTACIL

029/0124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR/PREDEFINIDAS

PRETA

COTA ÚNICA

USUC COTA ÚNICA

VENCI/COTAS

1ª TEVA

I
P
V
A

PAGA 1 PVA

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

ICP (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

SEGURO OBRIGATORIO

PAGO

TO R\$

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES

VEICULO DE PONTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

CAMPO MAIOR

DATA

03/07/2012

ASSINATURA DO DETRAN

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ

Nº 9993048815

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0383
17.0b
2d7e
0a97
0268
4129
a9af
7021
04a8
8807
5912

VIA 000028444
1 170034364 RNTRO EXERCÍCIO 2011

NOME MARIA SANTOS MONTEIRO

02955650306

PLACA NIT-8359

CHASSI 9C23C4110AR522780

ESPECIE TIPO

CONSTRUCTIVEL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO KAB

2009

ANO MCM

2010

CAP/ROTACIL

029/0124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDEFINIDAS

PRETA

COTA ÚNICA

USUC COTA ÚNICA

VENCI/COTAS

I
P
V
A

PAGA 1 P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

1ª TEVA

2ª

3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

ICP (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

SEGURO OBRIGATORIO

PAGO TOTAL

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES

VEICULO DE PONTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

CAMPO MAIOR

DATA

03/07/2012

NOME DO DETENTOR DO VEICULO

ASSINATURA DO DETENTOR DO VEICULO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

CARTA DE REANALISE

SINISTRO 3180 1464579

86-99527-5450

Eu, VENICE MARIA SOUSA SILVA portador do RG:
3.873.481 e CPF: 072.311.063-09 Residente na Rua /
AV LOCALIZADORA NOVA VILA nº S/N
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PARACURAS DO PIAUI UF: PI

Venho através desta carta pedir o reanálise do meu processo de invalidez. Por que não concordo com o valor que recebi, porque venho sentindo muita dor no meu ombro direito. Não consigo realizar as minhas atividades de trabalho devido a limitação das costas dores que sinto do acidente. O trabalho que exerco exige muito esforço na roça, não consigo movimentar meu braço, não sei até quando ficarei com esta lesão.

Cidade PARACURAS DO PIAUI, (PI) 08 / 11 / 2018

Venice Maria Sousa Silva
Assinatura da Vítima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180464579 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM NÍVEL LEVE DO OMBRO DIREITO, ESTAMOS PAGANDO O COMPLEMENTO PARA NÍVEL MODERADO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180464579 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180464579 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180464579 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM NÍVEL LEVE DO OMBRO DIREITO, ESTAMOS PAGANDO O COMPLEMENTO PARA NÍVEL MODERADO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180464579 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

** TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

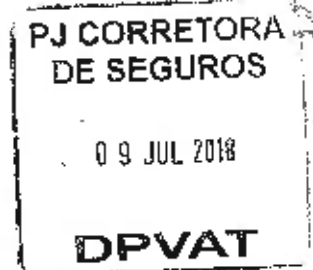
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)				
Nome: <u>Venice Maria Sousa Silva</u>				
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>		Profissão: <u>Lavadeira</u>	
RG: <u>3.841.481</u>	Org. emissor: <u>SSP/PI</u>	D. Expedição: <u>06/03/13</u>	CPF: <u>073.311.063-09</u>	
Endereço: <u>Lc Nova Vila</u>			Nº: <u>5/N</u>	Bairro: <u>Rural</u>
Cidade: <u>Cabeceiras</u>	Estado: <u>Piama</u>		CEP: <u>64.105-000</u>	

OUTORGADO: (Dados do procurador)				
Nome: <u>Ademias Araújo Silva</u>				
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>		Profissão: <u>Automotivo</u>	
RG: <u>2.586.317</u>	Org. emissor: <u>SSP/PI</u>	D. Expedição: <u>/ /</u>	CPF: <u>009.423.473-66</u>	
Endereço: <u>Residencial Amor Quarta e</u>			Nº: <u>13</u>	Bairro: <u>Fripiza</u>
Cidade: <u>Campo maior</u>	Estado: <u>Piama</u>		CEP: <u>64.280-000</u>	

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Venice Maria Sousa Silva Acidente ocorrido em: 27/03/2018.

Local / data: BARRAS - PI 03 de julho de 2018



Venice Maria Sousa Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



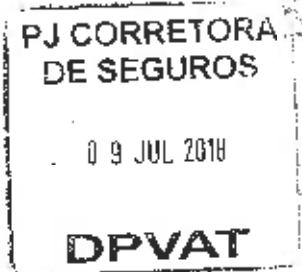
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Venice Maria Sousa Silva</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Lavadeira</u>	
RG: <u>3.841.481</u>	Org. emissor <u>SSP/Pi</u>	D. Expedição <u>06/03/13</u>	CPF: <u>073.311.063-09</u>
Endereço: <u>Lc Nova Vila</u>		Nº <u>5/N</u>	Bairro: <u>Rural</u>
Cidade: <u>Cabecinhas</u>	Estado: <u>Piauí</u>		CEP: <u>64.105-000</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>Ademias Araújo Silva</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	
RG: <u>2.586.317</u>	Org. emissor <u>SSP/Pi</u>	D. Expedição <u>1/1</u>	CPF: <u>009.423.473-66</u>
Endereço: <u>Residencial Amor Quarta e</u>		Nº <u>13</u>	Bairro: <u>Fripiza</u>
Cidade: <u>Campo maior</u>	Estado: <u>Piauí</u>		CEP: <u>64.280-000</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Venice Maria Sousa Silva Acidente ocorrido em: 25/03/2018.

Local / data: Barras - PI 03 de julho de 2018



Venice Maria Sousa Silva
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

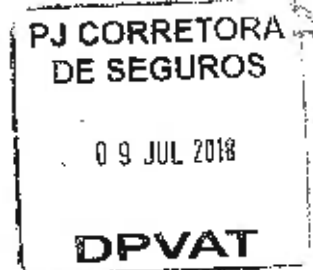
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)				
Nome: <u>Venice Maria Sousa Silva</u>				
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Estado Civil: <u>Solteira</u>		Profissão: <u>Lavadeira</u>	
RG: <u>3.841.481</u>	Org. emissor: <u>SSP/PI</u>	D. Expedição: <u>06/03/13</u>	CPF: <u>073.311.063-09</u>	
Endereço: <u>Lc Nova Vila</u>			Nº: <u>5/N</u>	Bairro: <u>Rural</u>
Cidade: <u>Cabeceiras</u>	Estado: <u>Piama</u>		CEP: <u>64.105-000</u>	

OUTORGADO: (Dados do procurador)				
Nome: <u>Ademias Araújo Silva</u>				
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>		Profissão: <u>Automotivo</u>	
RG: <u>2.586.317</u>	Org. emissor: <u>SSP/PI</u>	D. Expedição: <u>/ /</u>	CPF: <u>009.423.473-66</u>	
Endereço: <u>Residencial Amor Quarta e</u>			Nº: <u>13</u>	Bairro: <u>Fripiza</u>
Cidade: <u>Campo maior</u>	Estado: <u>Piama</u>		CEP: <u>64.280-000</u>	

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima Venice Maria Sousa Silva Acidente ocorrido em: 27/03/2018.

Local / data: BARRAS - PI 03 de julho de 2018



Venice Maria Sousa Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363769/18

Número do Sinistro: 3180464579

Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF: 073.311.063-09

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 25/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VENICE MARIA SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: ADONIAS ARAUJO SILVA
CPF: 009.423.473-66

ADONIAS ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363769/18

Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF: 073.311.063-09

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 25/03/2018

Titular do CPF: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADONIAS ARAUJO SILVA : 009.423.473-66

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

VENICE MARIA SOUSA SILVA : 073.311.063-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/10/2018
Nome: ADONIAS ARAUJO SILVA
CPF: 009.423.473-66

ADONIAS ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363769/18

Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF: 073.311.063-09

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 25/03/2018

Titular do CPF: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADONIAS ARAUJO SILVA : 009.423.473-66

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

VENICE MARIA SOUSA SILVA : 073.311.063-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/10/2018
Nome: ADONIAS ARAUJO SILVA
CPF: 009.423.473-66

ADONIAS ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363769/18

Número do Sinistro: 3180464579

Vítima: VENICE MARIA SOUSA SILVA

CPF: 073.311.063-09

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 25/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VENICE MARIA SOUSA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018
Nome: ADONIAS ARAUJO SILVA
CPF: 009.423.473-66

ADONIAS ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **VENICE MARIA SOUSA SILVA**

Nº Sinistro: **3180464579**

Vitima: **VENICE MARIA SOUSA SILVA**

Data do Acidente: **25/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADONIAS ARAUJO SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180464579**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13440635



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: VENICE MARIA SOUSA SILVA
Nº Sinistro: 3180464579
Vitima: VENICE MARIA SOUSA SILVA
Data do Acidente: 25/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADONIAS ARAUJO SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180464579**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	073.311.063-09	VENICE MARIA SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
VENICE MARIA SOUSA SILVA		073.311.063-09		LAURADORA	
Endereço		Número		Complemento	
LOCALIDADE NOVA UTA		S/N		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
ZONA RURAL	PABECERAS DO PARAÍ	PI	64.105-000		
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3436 D/V 013 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00025082 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ABRECELAAS DO RIBEIRO, 05 de JULHO de 2018
Local e Data

VENICE MARIA SOUSA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	073.311.063-09	VENICE MARIA SOUSA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
VENICE MARIA SOUSA SILVA		073.311.063-09		LAURADORA	
Endereço		Número		Complemento	
LOCALIDADE NOVA UTA		S/N		CASA	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
ZONA RURAL	PABECERAS DO PARAÍ	PI	64.105-000		
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3436 D/V 013 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00025082 D/V 2 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ABRECELA DO RIBEIRO, 05 de JULHO de 2018
Local e Data

VENICE MARIA SOUSA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000945/2018-18

Complementar ao BO Nº: 105362.000944/2018-73

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jose De Sousa Junior

Data/Hora: 05/07/2018 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2ª DP DE CAMPO MAIOR

25/03/2018 - 19:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 114 QUE LIGA A CIDADE DE CAMPO MAIOR À CABECEIRAS DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

AO LADO CAMPO DE FUTEBOL DA TOCAIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 3871481 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Endereço: LOCALIDADE NOVA VILA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE CABECEIRAS DO PIAUI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI

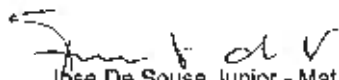
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia para notificar que: No dia 25 de março de 2018 por volta das 19h40min quando conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, 2009/2010, PRETA, PLACA NII-8359, 9C2JC4110AR522750, CÓDIGO RENAVAM 170034364, licenciada em nome MARIA SANTOS MONTEIRO, pela PI 115 e nas imediações do campo de futebol da localidade Tocaia, colidiu com um animal da espécie suína vindo a calç da motocicleta; QUE, foi socorrida por populares e encaminhada ao HRCM, onde foi atendida pelo médico plantonista; QUE, foi realizou exame de raio x do ombro direito e em seguida encaminhou para sua residência; QUE, no dia 27 de março de 2018 retornou ao HRCM onde realizou outro exame de raio x o qual constatou fratura em úmero do braço direito, ficando internada por 28 dias e depois foi transferida para HGV em Teresina onde foi submetida a procedimento cirúrgico. Declaração de inteira responsabilidade da notificante. Nada mais.


Jose De Sousa Junior - Mat. 2991179

ESCRIVÃO DE POLÍCIA


VENICE MARIA SOUSA SILVA - Notificante

Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
3310-0

Delegado de Polícia

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000945/2018-18

Complementar ao BO Nº: 105362.000944/2018-73

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jose De Sousa Junior

Data/Hora: 05/07/2018 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2ª DP DE CAMPO MAIOR

25/03/2018 - 19:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 114 QUE LIGA A CIDADE DE CAMPO MAIOR À CABECEIRAS DO PIAUI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

AO LADO CAMPO DE FUTEBOL DA TOCAIA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VENICE MARIA SOUSA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 3871481 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Endereço: LOCALIDADE NOVA VILA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE CABECEIRAS DO PIAUI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI

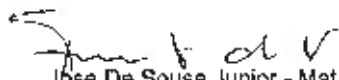
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia para noticiar que: No dia 25 de março de 2018 por volta das 19h40min quando conduzia a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, 2009/2010, PRETA, PLACA NII-8359, 9C2JC4110AR522750, CÓDIGO RENAVAM 170034364, licenciada em nome MARIA SANTOS MONTEIRO, pela PI 115 e nas imediações do campo de futebol da localidade Tocaia, colidiu com um animal da espécie suína vindo a calç da motocicleta; QUE, foi socorrida por populares e encaminhada ao HRCM, onde foi atendida pelo médico plantonista; QUE, foi realizou exame de raio x do ombro direito e em seguida encaminhou para sua residência; QUE, no dia 27 de março de 2018 retornou ao HRCM onde realizou outro exame de raio x o qual constatou fratura em úmero do braço direito, ficando internada por 28 dias e depois foi transferida para HGV em Teresina onde foi submetida a procedimento cirúrgico. Declaração de inteira responsabilidade da notificante. Nada mais.


Jose De Sousa Junior - Mat. 2991179

ESCRIVÃO DE POLÍCIA


VENICE MARIA SOUSA SILVA - Notificante

Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
3310-0

Delegado de Polícia

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima VENICE MARIA SOUSA SILVA	CPF da Vítima 673.314.063-09	Data do Acidente 25.03.2018
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

09 JUL 2018

DPVAT

CABECERAS DO LAUDO 05 de JULHO de 2018
Local e Data

* **Venice Maria Sousa Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0167828

Data: 25/03/2018

Funcionário: ADRIANA

Registro: 69402

Hora: 21:47:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 118

SUS

VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nasc.: 09/01/1997 Idade: 21 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: NOVA VILA, 0 -

Barro: ZONA RURAL

Cor: PARDA

Telefone: (86) 8147-6507

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI/PI

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: 21:59:53

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:59:53

Prioridade:

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

Queixa/História: QUEDA DE MOTO. GOLPE NO OMBRO DIREITO.

Alergias: NEGA

Medicação Usual: INJEÇÃO PARA DOR

PA: 0 mmHg 110/60

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA OUTRAS PATOLOGIAS

Conduta: AO CLINICO

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO
IBIAPINA

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

Dr. ELENILSON TORRES LAGES
MÉDICO
CRM-PI 4773

VENICE MARIA SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

4121 - ELENILSON TORRES LAGES
Médico Responsável

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VENICE MARIA SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000025082-2

Nr. da Autenticação 5168249362E118CE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VENICE MARIA SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000025082-2

Nr. da Autenticação F1C2E0623378F670

0889165-6

:112

Crédito: 15.440,218/2006 - 8V | Rec. Estadual: 12.207.323-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Folha em especial de impressão autorizada pelo SERAZ 06/08

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	07/05/2018	76	83,73

MARIA DA CONCEICAO DA S SOUSA
LC NOVA VILA S/N B-RURAL
CPF: 00052695158300

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		DADOS DA FÉRIAS	
Nome:		Nome:	
Atividade:	10538	A. Inicio:	27/04/2018
Consistência de multiplicação:	10462	Proxima Liquidação:	28/03/2018
Consumo Média:	1,000	Extensão:	28/05/2018
Consumo Fatorado:	76	Apresentação:	26/04/2018
Assessoria:	76 - regular - FCAM	Outra Data:	27/04/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria do cliente	Sigla da conta	Número Medidor	Posto	Código PAT	Mês de 12 meses
DESCRIÇÃO DA CONTA					

MÊS/ANO CONTÁBIL		DESCRIÇÃO DA CONTA	DEBITO	CREDITO
MAR/18	75	CONSUMO	30 A R\$ 0,256399 =	7,69
FEV/18	70		46 A R\$ 0,439554 =	20,21
JAN/18	63	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,82
DEZ/17	118	DIFERENÇA DE TARIFA		28,89
NOV/17	95	SUBVENCAO BAJXA RENDA		21,44
OUT/17	95	PARCELAMENTO DE DEBITOS 19/24		42,56
SET/17	92			
AGO/17	93			
JUL/17	91			
JUN/17	67			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
EA	30	- 8,30	29	
EA	75	- 0,32	29	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26/04/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

PERFECTING AND FINISHING

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		VALOR DOS IMPOSTOS TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo	
Unidade:	12,03	Alíquota ICMS	56,79
Comissão:	22,86	Valor do ICMS	22,00%
Encargos:	3,59	Valor do PIS	12,49
Frete:	3,64	Valor do COFINS	0,39

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
0,00			0,00			0,00

פארוואנדלונג פון אונזערע

27/2018

□ 67

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

DPVAT

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

 Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-08 | Ins. Estadual: 19.401.383-3
Nossa Pessoa / Centro de Energia Elétrica - Setor B-1
Região Especial de Imprensa: autorizada pela SEFAZ Piauí

Por favor compare com o
Eletrobras Informe
esse número

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal

005939843

4 Tensão Secar de Energia Elétrica - Tensão de 200V
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONTADOR	TOTAL A PAGAR
000/2018	07/2018	5	1,000

VALDELITA CARVALHO DA SILVA
CJ RESIDENCIAL ANOR 17 LOTE 17 FRIPISA

CHIE: 00000000000000000000
CEP: 01120-000 - CAMPO MAIOR

Atual	112.018.12.74.169500
Anterior	
Coeficiente de Multiplicação	8339
Consumo Medido	6384
Consumo Faturado	1,000

DATA DA LEITURA

Atual	11/05/2018
Proxima Leitura	18/04/2018
Exatidão	19/06/2018
Apresentação	10/05/2018

CLASSIFICAÇÃO

Classe/Subclasse	NORMA	Modelo	Porte	Código Fato. 2	Quantidade
					12 Oms

HISTÓRICO DAS
CONTAS

ANO	DESCRIÇÃO DA CONTA
2018	1,000

DPVAT

Figure 1. The effect of the concentration of the inhibitor on the rate of polymerization of α -methylstyrene in the presence of SnCl_4 at 25°C .

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADONIAS ARAÚJO SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.423.473 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VENICE MARIA SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.311.063 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura AVULSO DE Z da Vítima VENICE MARIA SOUSA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.311.063 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

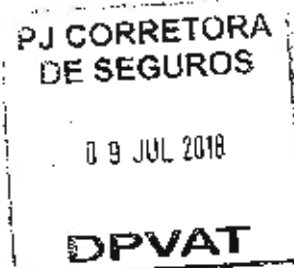
Dedaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Nilo OLIVEIRA - CASA: 13. Q: C</u>		Número <u>13</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>FRIEIRA</u>	Cidade <u>CANPO-MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.280-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86-99527-5450</u>

Canpo-Maior-PI, 05 de Julho de 2018
Local e Data

Adonias Araújo Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROQUEAS ALESSIO SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.423.473 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário VENICE MARIA SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.313.063 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima VENICE MARIA SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.313.063 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>CJ RESIDENCIAL AMOR</u>		Número <u>17</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>FILIPISA</u>	Cidade <u>CAMPO-MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.280-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86-99527-5450</u>

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

Carlo Mascote Jr. 32 de JULHO de 2018

Local e Data

13 JUL 2018

DPVAT

Robson Carlos Silva

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, MARIA SANTOS MONTEIRO
Portador do RG 2.685.945, data de expedição 21 / 04 / 05
Órgão expedidor BARRAS / PI CPF: 029.558.503-06 com domicílio na
cidade de Cabecinhas, no estado de Piauí
Onde resido na LC Nova Vila B-Rural
número 5/A complemento Casa
DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, Venice Maria Sousa
Silva cujo condutor era Venice Maria Sousa Silva
VEICULO: motocicleta
ANO: 2009/2010
MODELO: Honda / CG 125 FAN KS
PLACAS: NIJ - 8359
CHASSI: 9C2JC4110AR522750
DATA DO ACIDENTE: 27 / 03 / 2018

Barras - PI 03 de julho de 2018

Local e Data

Maria Santos Monteiro

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

Venice Maria Sousa Silva

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



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, MARIA SANTOS MONTEIRO
Portador do RG 2.685.945, data de expedição 21 / 04 / 05
Órgão expedidor BARRAS / PI CPF: 029.558.503-06 com domicílio na
cidade de Cabecinhas, no estado de Piauí
Onde resido na LC Nova Vila B-Rural
número 5/A complemento Casa
DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, Venice Maria Sousa
Silva cujo condutor era Venice Maria Sousa Silva
VEICULO: motocicleta
ANO: 2009/2010
MODELO: Honda / CG 125 FAN KS
PLACAS: NIJ - 8359
CHASSI: 9C2JC4110AR522750
DATA DO ACIDENTE: 27 / 03 / 2018

Barras - PI 03 de julho de 2018

Local e Data

Maria Santos Monteiro

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

Venice Maria Sousa Silva

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



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO MAIOR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____
Endereço: _____

RELATÓRIO

Em 25.3.2018, o Sr. Valmir
Mário Sousa Silva, segundo in-
formar, sofreu acidente de trânsito
bilateral com fratura do úm-
ero à dir. CID-542.3

Fez tratamento cirúrgico orto-
pedico (osteossíntese)

Em controle de alta do tra-
tamento ortopédico referindo
dor no ombro da AAS e esporos.
Apresenta deparidade úm-
bros da e limitação de
movimento do ombro à dir

Apresenta

João Grágório Ximenes
Médico CRM - PI 882
Ortopedia e Traumatologia

CAMPO MAIOR (PI)

01.10.18
1/1

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

04 OUT 2018

DPVAT

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0168143
Data: 27/03/2018
Registro: 69402
Hora: 16:44:00

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

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

CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Senha 118

Ficha de Atendimento (Emergência)

Registro: 69402
Hora: 21:47:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nasc.: 09/01/1997 Idade: 21 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: NOVA VILA, 0 -

Cor: PARDA Telefone: (86) 8147-6507 Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Cidade: CABECEIRAS DO PIAUI/PI Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Civil: OUTROS CEP: 64105-000

CNPJ: 073.311.063-09 - RG: 3.871.481 - SUS: 2064513701900

Procedimentos

Atendimento de URGENCIA

0301060118 ACOLOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

PJ CORRETORA

DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:59:53

Prioridade:

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

Queixa/História: QUEDA DE MOTO, GOLPE NO OMBRO DIREITO.

Alergias: NEGA

Medicação Usual: INJEÇÃO PARA DOR

PA: 0 mmHg 43/66
TAX: 0ac
FR: 0 mrpm
SAT O2: 0
Dor:

FC: 0 bpm
Glicemia: 0 mg/dl
Peso: 0 kg
ECG: 0

Observação: NEGA OUTRAS PATOLOGIAS

Conduta: AO CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

Hora:

IBIAPINA

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO

VENICE MARIA SOUSA SILVA

4121 - ELENILSON TORRES LAGES

Médico Responsável



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/07/2018 HORA: 18:50h Nº TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital de Referência do Estado do Piauí CRM: 3113 P
MUNICÍPIO: Teresina

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiátrico () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jéssica Aparecida Sousa Silva
Idade: 01 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino
LIDA: Paciente vítima de queda e fratura de fêmur.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Comandos 2 - Ador 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: 36,0°C P: 60 bpm R: 12 mmm PA: 120/70 mmHg Sat O₂: 98% Glicemia: 100 mg/dl
PROCEDIMENTOS REALIZADOS () Oxigênio () Hidratação Venosa () Medicação () Outros:
EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

PJ CORETORA DE SEGUROS
09 JUL 2018
DPVAT

HOSPITAL DE DESTINO: HGV-2018032550870

Clinica/Posto: _____ Senha: _____

Assinatura e carimbo do Médico



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data: 27/03/2018 Leito: CC0102

Endimento	109859
Data:	27/03/2018
Hora:	18:52

BOLETIM DE ADMISSÃO

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

Nº AIH
NAYARA

69402 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

OUTROS - Sexo: FEMININO - 09/01/1997 - 21 ANOS, 2 MESES, 18 DIAS

Clinica: CIRURGIA GERAL

Enfermaria: CC01 - CLINICA CIRURGICA - FLeito: CC0102 Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF: 073.311.063-09

RG: 3.871.481

C/N:

Médico: 3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

SIS Prenatal:

Endereço: LOCALIDADE NOVA VILA, Nº 0 - CEP: 64105-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2202059 - CABECEIRAS DO PIAUI/PI Profissão:

Telefone: () -

Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA SOUSA

Responsável: FRANCIMAR SILVA NASCIMENTO - ESPOSO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

História Clínica

Leito nº 1026 - 09/01/97 - 21 ANOS, 2 MESES, 18 DIAS
Apresenta: dor lombar
Condição: em repouso
Tratamento: analgésicos
Evolução: sem alterações
Exames: exames de rotina
Tratamento: analgésicos
Evolução: sem alterações

Diagnóstico Provável

DPVAT

09 JUL 2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

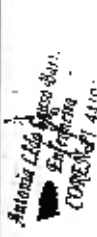

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

09 JUL 2018
PJ CORRETORA
DE SEGUROS
PRVAT

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

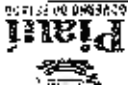
Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00
Convenio: SUS
Clique: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102
Sexo: F Idade: 21 ANOS

29/3/2018 28/03/2018

		Profissional		Assinatura	
10:48	10:55	PCT IDOSA SEGUE NO LEITO POR FRAT DE UMIERO E CONSCIENTE, ORIENTADA, FASCA, NORMOCORADA, EUPNEICA, DEAMBULANDO, AVP, NORMOCORADA, COM ESCALPE SALINIZADO EM MSD, SONO E REPOUSO SATISFATÓRIO ACEITA DIETA OFERTADA, ELIMINAÇÕES + E ESPONTANHA, SEGUE SEM QUEIXAS.	LEDA		
17:12	17:55	EVOLUI NO PRIMEIRO DIA POR FRAT DE UMIERO E, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, DEAMBULANDO, AVP, MSE, SONO E REPOUSO SATISFATÓRIO, ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES + E ESPONTANHA SEGUE AGUARDANDO AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.	LEDA		



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3257-0546



PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA IDADE: 21 Anos SUS
ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0102 ADMISSÃO: 27/03/2018 DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/03/2018 - 08:16:39

DIETA BRANDA				14 GOTAS P MIN
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/MG/ML AMPOLA COM 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00BS			
DIPIRONA 500 MG/MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
UROMOPRIDA 5 MG/MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	

CUIDADOS GERAIS

PCI COM FRATURA DE UMEROS

22: hs - PA - 13x70
- Tax. 37.1% - FC: 73
+ Rosquinha + Paracetol

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
GPPI 210.889.649.34

1222 - CESAR BARROS RABELO



CONTORNO, ZSC
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 0655356400042
Tel.: (86) 3252 4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convênio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leitor: CC0102

30/03/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

9.7º	PCT SEGUE NO 3º DIH POR FRAT DE UMEMO "D", REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, RESPONSIVA AO DIALOGO, NORMOCORPADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, SSVV ESTAVEIS, ACEITA DIETA DFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SONO E REPOUSO SATISFATORIO, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA.	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	
11.03	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120/80, Temp.: 36,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	



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

Impressor: 30/03/2018 - 08:01:05
Pág.: 1/1

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA IDADE: 21 Anos SUS
ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0102 ADMISSÃO: 27/03/2018 DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/03/2018 - 08:00:26

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00 BS		
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
CUIDADOS GERAIS			

PCT COM FRATURA DE UMEMO D

14 COIAS P MIN
ROSA MARIA SOUSA SILVA
109859-000642
30/03/2018

AD S/N
SN
Rosa Maria Sousa Silva
109859-000642
30/03/2018
CORRENTI 2018

3113 - SALMO MEIO OLIVEIRA FIMA

Nome do paciente: Vanessa Moura Soares Silva Nome do avaliador: Eny Rodrigues de Araújo
Sexo: F Idade: 41 Data: 20/03/14

Escala de Morse

Avaliação		Condições	
Histórico de queda	0	Cliente não teve queda no último ano.	0
	25	Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecípica no último ano.	25
Diagnóstico secundário	15	Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda.	0
	0	Se existir mais de um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão, incontinência urinária, tontura, vertigens etc.	15
Terapia endovenosa em perfusão	0	Nenhum dispositivo ou portacath sem infusão.	0
	20	Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	20
Tipo de marcha	0	Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação.	0
	10	Marcha lenta/fraca – passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.	10
	20	Marcha alterada/ cambaleante – passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoia na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.	20
	0	Orientado – consciente de suas limitações.	0
Estado mental	0	--Não consciente de suas limitações.	0
	15	Deambula sem qualquer apoio.	15
Apoio na deambulação	0	Auxiliar de marcha – se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala	0
	30	Apoiado na mobília – se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.	30

Escala de Braden

Aspectos		Avaliação	
Percepção sensorial	1	Totalmente limitado	1
	2	Muito limitado	2
	3	Levemente limitado	3
	4	Nenhuma limitação	4
Umidade	1	Completamente molhado	1
	2	Muito molhado	2
	3	Ocasionalmente molhado	3
	4	Raramente molhado	4
	1	Acamado	1
	2	Confinado a cadeira	2
Atividade	3	Anda ocasionalmente	3
	4	Anda frequentemente	4
Mobilidade	1	Totalmente imóvel	1
	2	Bastante limitado	2
	3	Levemente limitado	3
	4	Não apresenta limitações	4
Nutrição	1	Muito pobre	1
	2	Provavelmente inadequada	2
	3	Adequada	3
	4	Excelente	4
Fricção e cisalhamento	1	Problema	1
	2	Problema em potencial	2
	3	Nenhum problema	3
	4		4
Total			22



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PACIENTE: VENICE MARIA SOUSA SILVA

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00

Sexo: F

Idade: 21 ANOS

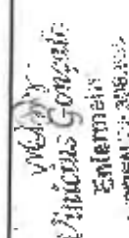


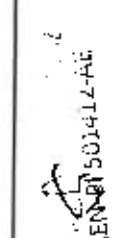
Convênio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL

Leito: CCO102

31/03/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

11:51	CLIENTE NO 5º DIH POR FRATURA DE UMERO 2º. REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, PASICA, EUPNEICA, DEAMBULANTE, NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATORIO. SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	 MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA COREN-PI 308.303
11:52	DIGO, FRATURA DE UMERO 1º.	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	 MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA COREN-PI 308.303
12:00	Pa: 120/80, Temp: 36,2, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0	MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	 MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA COREN-PI 308.303
16:58	Pa: 14/6, Temp: 37,3, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0	SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ	 SILVANA MARIA DOS SANTOS PAZ COREN-PI 501412-AG



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convênio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

01/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

	Pa: 100/70, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		LEIDIANE MARIA SOUSA OLIVEIRA	
6:15	Pa: 120/80, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		LEIDIANE MARIA SOUSA OLIVEIRA	
15:07	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120x70, Temp.: 37,0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 (P)		MARIA DO DESTERRO PORTELA SILVA	Francisco Carlos de O. Sousa COREN-PI-1082-488-TE
16:09	CLIENTE NO 6º DIH POR FRATURA DE ÚMERO "L". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, EUPNEICA, DIAFRAGMÁTICA, NORMOTENSA, NORMOTÉRMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VD OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO INSATISFATÓRIO. SEM QUEIXAS ALGUMAS NO MOMENTO.		ANTONIO WERBERT SILVA DA COSTA	Amândia Pereira de Azevedo ENFERMEIRA COREN-PI-505.162
17:29	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 130x90, Temp.: 37,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		MARIA DO DESTERRO PORTELA SILVA	Francisco Carlos de O. Sousa COREN-PI-1082-488-TE

PACIENTE: 109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/04/2018 - 09:10:41

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS P MIN
CETOPROFENO IV SOL. INF. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00BS			
DIPÍRINA 500 MG/ML SOL. INF. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	AD S/N
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INF. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	S/N
RAMITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMEMO D

*Fratura de 1º metacarpo + 100%
S.O.P.P. EV 12/12H
Painel (Sof/ve) 1 pulso + 100% / 150% / 100%
Painel de 1º metacarpo*

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 218.055.543-34

1222 - CESAR BARROS RABELO



Nome do paciente: Renato Lopes Sousa Silva Sexo: F Idade: 21 Data: 11/04/12

Amanda Pereira de Azevedo
ENFERMEIRA

Aviação COREN-PI 505.162

Escala de Morse

Condições		Pontos	
Historico de queda	Cliente não teve queda no último ano. Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecípica no último ano. Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda. Se existir mais de que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão, incontinência urinária, tontura vertigens etc. Nenhum dispositivo ou portacath sem infusão. Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	X	0
Terapia endovenosa em perfusão	Normal - andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação. Marcha lenta/tranca - passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.	X	0
Tipo de marcha	Marcha alterada/ cambaleante - passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoia na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos. Orientado - consciente de suas limitações. Deambula sem qualquer apoio.		0
Estado mental	Auxiliar de marcha - se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala Apoiado na mobília - se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.		15
Apoio na deambulação			30

Escala de Braden

Aspectos		Pontos	
Percepção sensorial	Totalmente limitado Muito limitado Levemente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 4	32
Umidade	Completamente molhado Muito molhado Ocasionalmente molhado Raramente molhado Acamado	1 2 3 4	
Atividade	Confinado a cadeira Anda ocasionalmente Anda frequentemente Totalmente imóvel	1 2 3 4	
Mobilidade	Bastante limitado Levemente limitado Não apresenta limitações	1 2 3	
Nutrição	Muito pobre Provavelmente inadequada Adequada Excelente	1 2 3 4	32
Fricção e cisalhamento	Problema Problema em potencial Nenhum problema	1 2 3	



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 01/01/2007 - 01:59:33
Pág.: 1/1

PACIENTE: 09859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 10 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 4103

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/01/2007 - 01:37:32

DIETA BRANDA

CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00GS		
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
BROMOPRIDA 3 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
CUIDADOS GERAIS			
JELCO HIDROLISADO			

Dr. Marcelo Lopes
Traumatismo-Ortopedia
Cirurgias de Jaque
CRM-PI 43321/801 13946

4352 - MARCELO LOPES MACHADO

Nome do paciente: Wlaine Gomes

Nome do avaliador: Rodrigo de Araújo

COREN-PI 525.430-ENP

S. Silva

Sexo: F

Idade: 62/64

Data: 02/04/15

Escala de Morse

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

Escala de Braden

Pontos	Aspectos	Avaliação	Pontos
1	Totalmente limitado		
2	Muito limitado		
3	Levemente limitado		
4	Nenhuma limitação		
1	Completamente molhado		
2	Muito molhado		
3	Ocasionalmente molhado		
4	Raramente molhado		
1	Acamado		
2	Confinado a cadeira		
3	Anda ocasionalmente		
4	Anda frequentemente		
1	Totalmente imóvel		
2	Bastante limitado		
3	Levemente limitado		
4	Não apresenta limitações		
1	Muito pobre		
2	Provavelmente inadequada		
3	Adequada		
4	Excelente		
1	Problema		
2	Problema em potencial		
3	Nenhum problema		
23	Total		



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

02/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

	Pa: 120x80, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ANTONIA ARAUJO SILVA	
12:00	Pa: 100/60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	
13:27	Pa: 10x60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FRANCISCA MIRTES RIBEIRO	
13:58	PCT INTERNADO POR FRATURA DE UMBRO D, REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, DEAMBULANDO, NORMOCORADA, EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOTENSA, SSVV ESTAVEIS, SONO REGULAR, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEM QUEIXA DE DOR, EM USO DE TIPOJA AMERICANA, HIGIENIZADA, AGUARDANDO SENHA DE TRANSFERENCIA.	MICAELA MARIA CHAVES SILVA	MICAELA M. Chaves Silva Enfermeira COREN-PI Nº 419.371
14:17	AINDA NÃO FOI LIBERADO SENHA/VAGA DA PCT, QUE SEGUE AGUARDANDO.	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
15:20	PROCEDIMENTO EXECUTADO: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	JULIAN DANIELE CUNHA RIBEIRO	
17:58	Pa: 100/60, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	FABIANA RIBEIRO DE ABREU	



CONTORNO, 250
 SÃO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
 CNPJ: 06553564/000642
 Tel.: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

09859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

03/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

6:01	Pa: 100/70, Temp.: 36,7, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ANA FLAVIA GOMES SOUSA	
10:18	PACIENTE NO 8 DIH POR FRATURA DE ÚMERO DIREITO, REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, COMUNICATIVA, EUPNÉICA, FÁSICA, DEAMBULANDO, HIGIENIZADA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SONO E REPOUSO SATISFATÓRIOS, ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES(SIC). AVP EM MSE PERVIDO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. SEGUE EM REPOUSO NO LEITO SEM QUEIXAS NO MOMENTO E SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	 Dra. Artemes Ellainy da Silva Costa ENFERMEIRA CRP: 248.102
12:00	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120/70, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	 Dra. Artemes Ellainy da Silva Costa ENFERMEIRA CRP: 248.102
13:30	CLIENTE COM QUEIXA DE CEFALÉIA E CALAFRIOS. FEITO MEDICAÇÃO PRESCRITA. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E SOB OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	 Dra. Artemes Ellainy da Silva Costa ENFERMEIRA CRP: 248.102
18:00	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/60, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	 Dra. Artemes Ellainy da Silva Costa ENFERMEIRA CRP: 248.102



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Idade: 21 ANOS

Sexo: F

Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

04/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

				ROSA MARIA DA SILVA	
6:26				ROSA MARIA DA SILVA	
8:43			PCT SEGUE NO 9º DIH POR FRAT DE ÚMERO D REGULADA , CONSCIENTE ,ORIENTADA, FÁSICA EUPNEICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HINGENISADA, DEAMBULANDO, COM AVP, EM MSE, ACETA DIETA OFERECIDA ELIMINAÇÕES + E ESPONTANHA SONO E REPOUSO SATISFATÓRIO , SEQUE SEM QUEIXA , REALIZADO TROCA DE ACESSO.	ANTONIA LEDA SOUSA BARROSO	
12:00				FERNANDA RAQUEL VIEIRA SENA	
18:00				FERNANDA RAQUEL VIEIRA SENA	

do paciente: YANIRA M. SOUZA SILVA Sexo: F Idade: 42 Data: 10/04/2021

do avaliador: [Assinatura]

Escala de Morse

Condições

Pontos

0

25

0

15

0

20

0

10

20

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

15

0

Aspectos	Avaliação	Pontos
Percepção sensorial	Totalmente limitado Muito limitado Levemente limitado Nenhuma limitação	1 2 3 4
Unidade	Completamente molhado Muito molhado Ocasionalmente molhado Raramente molhado Acumulado	1 2 3 4 1
Atividade	Confinado a cadeira Anda ocasionalmente Anda frequentemente Totalmente imóvel Bastante limitado Levemente limitado	1 2 3 4 2 3
Mobilidade	Não apresenta limitações Muito pobre Provavelmente inadequada Adequada Excelente	4 1 2 3 2
Nutrição	Problema Problema em potencial Nenhum problema	1 2 3
Fricção e cisalhamento		

Escala de Braden

Condições	Pontos
Cliente não teve queda no último ano.	0
Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.	25
Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda.	0
Se existir mais de um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão, incontinência urinária, tontura vertigens etc.	15
Nenhum dispositivo ou portacath sem infusão.	0
Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	20
Normal - andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação.	0
Marcha lenta/raca - passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.	10
Marcha alterada/ cambaleante - passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoiar na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.	20
Orientado - consciente de suas limitações.	0
-Não consciente de suas limitações.	15
Deambula sem qualquer apoio.	0
Auxiliar de marcha - se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala	15
Apoiado na mobília - se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.	30

Escala de Morse

Ante: Renata Maria, Enfermeira Sexo: F Idade: 20 Data: 01/04/2020

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 8

PRESCRIÇÃO MÉDICA

04/04/2018 - 07:24:02

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML

1,00BS

12/12H

14 GOTAS P MIN

CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA
COM 2ML

1,00AMP

12/12H

-SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML

1,00BS

DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML

1,00AMP

06/06H

BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML

1,00AMP

08/08H

RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML

1,00AMP

08/08H

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMEROS D

52.803
Fco A. Agamenon de Sousa Soares

1872 - FRANCISCO AGAMENON DE SOUSA SOARES



CONJUNTO, 250
SÃO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564/000642
tel: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA




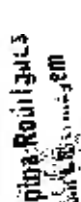

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convênio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

05/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

9:42	Pa: 110X70, Temp.: 37,1, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ANTONIA ARAUJO SILVA		
12:38	PACIENTE SEGUE NO 5º DIA POR FRATURA DE ÚMERO "E", REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, EUPNEICA, DEAMBULANTE, NORMOTENSA, NORMOTÉRMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, ACEITA DIETA ORAL, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATÓRIO. APRESENTA DOR REGIÃO TORÁCICA.	CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO		
18:10	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/70, Temp.: 36,8, FC.: 17, FR.: 14, Glicemia: 0	CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO		
	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 110/60, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO		



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280 000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000647
TELEFONE: (86) 3252-4546

Impresso: 05/04/2018 - 09:20:00

Pág.: 1/1

PACIENTE: 109859-AVENICE MARIA SOUSA SILVA

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0102

IDADE: 21 Anos

ADMISSÃO: 27/03/2018

SUS

DIAS INTERNADO: 9

PRESCRIÇÃO MÉDICA

05/04/2018 - 09:19:39

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00 BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS P MIN
CETOPROFENO N SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML - SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	
DIPRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	AD S/N
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	S/N
RAMITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/ 2 ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMEMO D

Dr. Cesar Barros Rebelo
CRM 4222-FI
MÉDICO
CPF: 218.059.843-14

1227 CESAR BARROS RABELO



CONTORNO, 250
 SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI 64280-000
 CNPJ: 06553564/000642
 Tel.: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS
 Convenio: SUS
 Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102
 06/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

6:	Pa: 140/70, Temp.: 36, FC.: 89, FR.: 0, Glicemia: 0		ANA FLAVIA GOMES SOUSA	
10:22	PACIENTE NO 11º DIH POR FRATURA DE UMEROS, REGULADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E ESPONTÂNEAS, SONO PREJUDICADO POR CONTA DO CALOR, HIGIENIZADA, SEM QUEIXA DE ALGIA NO MOMENTO. AGUARDANDO SENHA DE TRANSFERÊNCIA. SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE.		MICHAELA MARIA CHAVES SILVA	 COREN-PI Nº 419.371
11:50	Pa: 107/70, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		MARIA DO PERPETO SOCORRO FORTESBIAPINA	
17:39	Pa: 100/60, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		MARIA DO PERPETO SOCORRO FORTESBIAPINA	
23:	Pa: 110/60, Temp.: 36,2, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		ROSA MARIA DA SILVA	 ROSA Maria da Silva Técnica Enfermagem COREN-PI 251879



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

07/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

6h	Pa: 120/70, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		ROSA MARIA DA SILVA	
12:00	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 120/70, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	<i>Marcus Vinicius Gonçalves</i>
12:30	Pa: 120/70, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE NÃO ACEITOU A MEDICAÇÃO (DIPIRONA).		ROSAMARY FREIRE GOMES	<i>Rosa Mary Freire Gomes</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-PI 501.456.128
14:47	CLIENTE NO 12º DIH POR FRATURA DE UMEMO "D". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA. EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOTERMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATÓRIO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO E POR ISSO RELATOU NÃO ACEITAR A MEDICAÇÃO DIPIRONA.		MARCUS VINICIUS GONCALO DE SOUSA	<i>Marcus Vinicius Gonçalves</i> Enfermeiro COREN-PI 365.136
17:03	Pa: 120/70, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		ROSAMARY FREIRE GOMES	<i>Rosa Mary Freire Gomes</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-PI 501.456.128

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00

Sexo: F



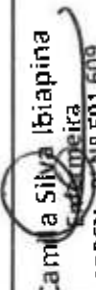
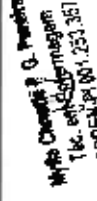
Idade: 21 ANOS

Convenio: SUS

Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

08/04/2018

Profissional Assinatura

8	CLIENTE NO 13º DIH POR FRATURA DE UMBRO "D", REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERENCIA, EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, EUPNÉICA, NORMOTENSA, NORMOTÉRMICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO SATISFATÓRIO. QUEIXA-SE DE DOR MODERADA NO LOCAL DA FRATURA. NÃO ACEITA TOMAR MEDICAÇÃO DÍPIRONA, SEQUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	CAMILA	 Camila Silva Ibiapina Enfermeira COREN - PI Nº 501.609
13:56	CLIENTE AS 13:00HRS QUEIXOU-SE DE NAUSEAS, CALAFRIOS, DOR NOS MMII E CEFALÉIA. VERIFICADO TEMPERATURA 38,6. FEITO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	CAMILA	 Camila Silva Ibiapina Enfermeira COREN - PI Nº 501.609
17:24	AS 17:30H APRESENTOU TEMPERATURA 38°C, FEITO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO. <i>Quem de 22 h de oxigeno.</i>	CAMILA	 Camila Silva Ibiapina Enfermeira COREN - PI Nº 501.609
18:00	Pa: 100/60, Temp.: 38, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 QUEIXA-SE DE CEFALÉIA	CAMILA	 Maria Oliveira G. Pereira Téc. enfermagem Téc. enfermagem COREN-PI Nº 253.367



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64780 000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252 4546

impresso: 08/04/2018 - 08:30:52

Pág.: 1/1

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

SUS

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA -

LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 12

PRESCRIÇÃO MÉDICA

08/04/2018 - 08:28:13

DIETA BRANDA

JELCO SALINIZADO	1,00				
TENOXCAMI 20 MG EV/IM	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA		100ML SF 0,9%
DIPYROMA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H		
DIROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/06H		SNL
RANITIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/06H		

CUIDADOS GERAIS

SSW

Quantidade - 1 g de 24 ml

FRANCISCA LOPES HENRIQUE
COREIA 221653-AE

Paracetamol 1g: 406ml W 6/6

23/04/18 Tórax = 40,7°C glândula

@DnTm: 01/06/18

3113 SAIMO MELO OLIVEIRA IMA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

Assinatura: 109859-Venice Maria Sousa Silva



CONDOMÍNIO, 250
SÃO LUIZ CAMPO MAIOR/PI - 64283-000
CNPJ: 06553564/000542
Tel.: (86) 3252 4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA


Data de internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

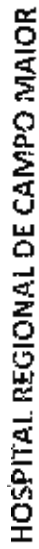
Convênio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CCO102

09/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

6:	Pa: 120/80, Temp.: 36,5, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 REFERINDO CEEALÉIA.		ANA FLAVIA GOMES SOUSA	
10:36	CLIENTE NO 14º DIH POR FRATURA DE UMEROS "D". REGULADA, AGUARDANDO SENHA PARA TRANSFERÊNCIA EM REPOUSO NO LETO, CONSCIENTE, ORIENTADA, FÍSICA, FUNÇÃO, NORMOTENSA, NORMOCORAL, HIDRATADA, HIGIENIZADA, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, BOM SATISFATÓRIO, QUEIXA SE DE DOR NO LOCAL DA FRATURA. APRESENTANDO FEBRE COMUNICADO DRA JESSICA NO MOMENTO PRESCREVENDO CLINICA MEDICA E VEIO AVALIAR E PRESCREVEU DIPIRONA, PACIENTE RELATA DOR NOS MIMOS TOMAR DIPIRONA INJETAVEL, PRESCREVEU DIPIRONA GTS		MARIA DO DESILHRO IBIAPINA DA ROCHA	
10:56	Pa: 100/60, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		IANAINA GOMES DO NASCIMENTO	
12:07	EXAME(S): SOLICITADO(S): HEMOGRAMA, CREATININA, SUMARIO DE URINA,		JESSICA SUELLEN SILVA	
18:	Pa: 107/7, Temp.: 36,3, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0		MARIA DO OESTERRO IBIAPINA DA ROCHA	
21:54	21:40 P.A.: 110X60MMHG, TEMP.: 36,5°C		ROSA MARIA DA SILVA	 Rosa Maria da Silva Ass. de Enfermagem COREN/PI 291829



CONTORNO, L.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEPHONE: (86) 3252-4546

Impresso: 09/04/2018 - 12:07:11

Page: 1/1

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 ANOS

375

ENFERMARIA: CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DÍAS INTERNADO: 13

PRESCRIÇÃO MÉDICA

09/04/2018 - 12:05:00

DIETA BRANJA		1,00		100ML SF 0,5%	
JELCO SALINIZADO					
FENOXICAMOL 100 MG EV/IM	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	100ML SF 0,5%	40 GOTAS
DIPIRONA SODICA 500 MG/ ML SOL. ORAL GTS	1,00FRA	ORAL			
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)			
CIMETIDINA 150 MG/ ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)			
PARACETAMOL 100 MG/ML SOL. ORAL GTS 15 ML	1,00FRA	ORAL			

CUIDADOS GERAIS

20455

200

6004 - JESSICA SUELLEN SENA



CONTÓRNO, 250
 SÃO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
 CNPJ: 06553564/000642
 Tel.: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

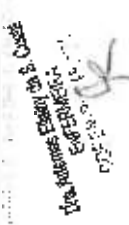

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS

Convênio: SUS

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

10/04/2018

PROFISSIONAL ASSINATURA

10:00	CLIENTE SEGUE NO 15º DIH PARA TIO DE FRATURA DE UMBRO DIREITO. SEMABULANDO SEM AUXILIO. CONSCIENTE, ORIENTADA, FASICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, AFEBRIL, SEM QUEIXAS. ACEITANDO DIETA OFERECIDA. SONO E REPOUSO SATISFATORIO. DIURESE FISIOLÓGICA E EVACUAÇÕES PRESENTES (SIC). HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	
12:27	Pa: 120/70, Temp.: 36,4, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ROSAMARY FREIRE GOMES	
18:05	Pa: 120/80, Temp.: 36, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	ROSAMARY FREIRE GOMES	
21:29	PA= 110/80MMHG TAX =37	FLORACI RODRIGUES DA SILVA FONSECA	
22:57	EM REPOUSO NO LEITO. SEM QUEIXAS.	ARTEMES ELLAINY DA SILVA COSTA	

Nome: Maria Moura Silva
Data: 11/04/18

do paciente: _____
do avaliador: _____

Sexo: F

Idade: 73

Escala de Morse

Avaliação	Condições	Pontos
Historico de queda	Cliente não teve queda no último ano.	0
	Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica antecipável no último ano.	25
	Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda.	0
	Se existir mais de que um diagnóstico médico ou de enfermagem identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão, incontinência urinária, tontura vertigens etc.	15
Endovenosa em perfusão	Nenhum dispositivo ou portacath sem infusão.	0
	Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	20
	Normal – andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do corpo e passos largos sem hesitação.	0
	Marcha lenta/tranca – passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente para se sentir seguro.	10
	Marcha alterada/ cambaleante -- passos curtos, vacilantes, cabeça abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se apoia na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.	20
	Orientado – consciente de suas limitações.	0
	–Não consciente de suas limitações.	15
Estado mental	Deambula sem qualquer apoio.	0
	Auxiliar de marcha – se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala	15
	Apoiado na mobília – se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor, medo de cair.	30

Aspectos	Avaliação	Pontos
Percepção sensorial	Totalmente limitado	1
	Muito limitado	2
	Levemente limitado	3
	Nenhuma limitação	4
Umidade	Completamente molhado	1
	Muito molhado	2
	Ocasionalmente molhado	3
	Raramente molhado	4
	Acamado	1
	Confinado a cadeira	2
	Anda ocasionalmente	3
	Anda frequentemente	4
	Totalmente imóvel	1
	Bastante limitado	2
	Levemente limitado	3
	Não apresenta limitações	4
	Muito pobre	1
	Provavelmente inadequada	2
	Adequada	3
	Excelente	4
Nutrição	Problema	1
	Problema em potencial	2
	Nenhum problema	3
Fricção e cisalhamento		

Aspectos	Percepção sensorial	Unidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e cisalhamento
	Totalmente limitado					
	Muito limitado					
	Levemente limitado					
	Nenhuma limitação					
	Completamente molhado					
	Muito molhado					
	Ocasionalmente molhado					
	Raramente molhado					
	Acumado					
	Confinado a cadeira					
	Anda ocasionalmente					
	Anda frequentemente					
	Totalmente imóvel					
	Bastante limitado					
	Levemente limitado					
	Não apresenta limitações					
	Muito pobre					
	Provavelmente inadequada					
	Adequada					
	Excelente					
	Problema					
	Problema em potencial					
	Nenhum problema					
Pontos	1	2	3	4	5	6

Escala de Braden

Condições		Pontos	
0	0		
25	0		
0	0		
15	0		
0	0		
20	0		
0	0		
10	0		
20	0		
0	0		
15	0		
0	0		
15	0		
30	0		

Escala de Morse

Paciente: Wagner, Maria Souza Avaliador: Silvia
Sexo: F Idade: 71 Data: 18/09/12

Aspectos	Unidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e cisalhamento
Totalmente limitado	Muito limitado	Muito limitado	Muito limitado	Muito limitado	Nenhum problema
Levemente limitado	Levemente limitado	Levemente limitado	Levemente limitado	Levemente limitado	Problema em potencial
Nenhuma limitação	Completamente molhado	Confinado a cadeira	Bastante limitado	Proveavelmente inadequada	Problema
1	2	2	2	2	2
2	3	3	3	3	3
3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30

Escala de Braden

Condições	Avaliação	Histórico de queda	Diagnóstico secundário	Capa endovenosa em perfusão	Tipo de marcha	Estado mental	Ciclo na deambulação
Cliente não teve queda no último ano.	0	0	0	0	0	0	0
Cliente caiu durante o presente internamento ou teve queda fisiológica	25	25	25	25	25	25	25
antecipável no último ano.	0	0	0	0	0	0	0
Não possui diagnóstico secundário que possa contribuir para queda.	0	0	0	0	0	0	0
Se existir mais de que um diagnóstico médico ou de enfermagem	15	15	15	15	15	15	15
identificado que possa contribuir para queda, ex: hipotensão,	0	0	0	0	0	0	0
incontinência urinária, tontura vertigens etc.	0	0	0	0	0	0	0
Nenhum dispositivo ou portacath sem infusão.	0	0	0	0	0	0	0
Dispositivos endovenosos com ou sem infusão contínua ou não.	20	20	20	20	20	20	20
Normal - andar de cabeça ereta braços balançando livre ao lado do	0	0	0	0	0	0	0
corpo e passos largos sem hesitação.	0	0	0	0	0	0	0
Marcha lenta/tranca - passos curtos e vacilantes, caso ele faça uso de	10	10	10	10	10	10	10
algum mobiliário para apoio, esse apoio se dar de forma leve somente	0	0	0	0	0	0	0
para se sentir seguro.	0	0	0	0	0	0	0
Marcha alterada/ cambaleante - passos curtos, vacilantes, cabeça	20	20	20	20	20	20	20
abaixada, olhar pro chão devido a falta de equilíbrio e realmente se	0	0	0	0	0	0	0
apoiar na equipe ou mobiliário até que os dedos fiquem brancos.	0	0	0	0	0	0	0
Orientado - consciente de suas limitações.	0	0	0	0	0	0	0
--Não consciente de suas limitações.	15	15	15	15	15	15	15
Deambula sem qualquer apoio.	0	0	0	0	0	0	0
Auxiliar de marcha - se utiliza algum auxiliar de marcha como bengala	15	15	15	15	15	15	15
Apoiado na mobília - se anda apoiado na mobília, ou em tudo o que se	30	30	30	30	30	30	30
encontra ao seu redor, medo de cair.	0	0	0	0	0	0	0

Escala de Morse

Nome do paciente: Gláucia Moura Sousa Sexo: F Idade: 64 Data: 19/04/18

Assinatura do avaliador: [Assinatura]

Regional de Campo Maior

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



CONDOMÍNIO,
SÃO LUIZ/CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564/000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0168143
Data: 27/03/2018
Funcionário: JULIANA
Registro: 69402
Hora: 16:44:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 69

VENICE MARIA SOUSA SILVA

Nasc.: 09/01/1997 Idade: 21 ANOS, 2 MESES, 18 DIAS Profissão:
End.: LOCALIDADE NOVA VILA, 0 - Bairro: ZONA RURAL
Cidade: CABECEIRAS DO PIAUÍ/PI Pai: ARISTEU FRANCISCO SILVA
CPF: 073.311.063-09 - RG: 3.871.481 - SUS: 206451370:90008
030106018 ACOLOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

paciente com dor abdominal
em região de hipocôndrio direito
há 02 dias, com início
súbito, progressivo, com
irradiação para costas,
sem febre, vômito, diarreia,
hematêmia ou hematoqueia.

Diagnóstico provável:

Abdominal: fcm 1º grau

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:50:11

Prioridade:

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

Queixa/História: PCTE VINDO DE CABECEIRA COM FRATURA DE CABEÇA DE UMEIRO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg FC: 0 bpm
TAX: 0% FR: 0 mpm Peso: 0 kg
Glicemia: 0 mg/dl ECG: 0

Observação:

Consulta:

236843 - ANDREA PERES DE OLIVEIRA
Enfermeiro Responsável

Andree Peres de Oliveira
Enfermeiro
CRM: 228.843

Estado da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

VENICE MARIA SOUSA SILVA
Paciente ou Responsável

3113 SALMO MELO OLIVEIRA LIMA
Médico Responsável



Resumo de Alta / Transferência

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data: 27/03/2018 Leito: CC0102

RESUMO CLÍNICO

Evlução / Intercorências / Medicções relevantes:



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Venice Maria Sousa Silva ENF: 0102
Sexo: M () F () Idade: 41 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável ()
Vivo () Separado ()
2. PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros: Transferência de outro hospital
Deambulando () Cadeira de rodas () Meca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()
3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico () Obstétrico ()
Se obstétrico: DUM: IG: G P A
Queixa principal:
4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:
Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros ()

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido () Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()
Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()
Pele: Normocorada () Hipocorada () Cianose () Sudorética ()
Hidratada () Desidratada ()
Integridade da pele: Sim () Não () Obs:
Rede venosa: Visível () Não visível ()
Edemas: Ausência () Presença () Local: na perna Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico ()

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

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

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

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

Hábito intestinal: Frequência diária () Diarreia () Constipado () Última evacuação:

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

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

Sono e repouso: Preservados () Insatisfeitos ()

Outras queixas: Febre () Dor () Local: na perna Outras:

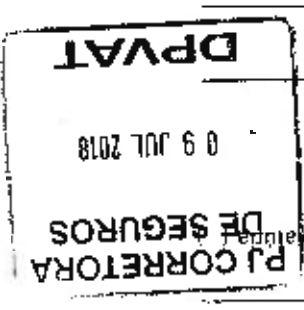
SSV: Taxa: P R PA

Medicções de uso regular: Não () Sim () Quais: Insulina

Diagnóstico de Enfermagem: Deficiência de conhecimento

Data: 27/03/18 Enfermeiro:

RECIBO DE ENTREGA
NOME: VENICE MARIA SOUSA SILVA
CPF: 06.553.564/0006-42



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109859 - VENICE MARIA SOUSA SILVA

Data da internação: 27/03/2018 - 18:52:00 Sexo: F Idade: 21 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0102

Profissional Assinatura

29/03/2018

10:48	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/70, Temp.: 36,1, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CRISTIANE	CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO Enfermeira COREN-PI 482.355
17:12	VERIFICADO SINAIS VITAIS: Pa: 100/60, Temp.: 36,6, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0	CRISTIANE	CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO Enfermeira COREN-PI 482.355

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEFONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

525

ENFERMARIA: CC01-CLÍNICA CIRURGICA - LEITO: CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

31/03/2018 - 08:02:29

DELTA BRANDA

			14 GOTAS P MIN
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	1,00BS	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
CETOPROFENO IV SOL. INJ. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML	1,00 BS		
DIPRONA 500 MG/ML SOL. INJ. C/ 2 ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
BROMOPRIDA 3 MG/ML SOL. INJ. C/ 2ML	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
RANITIDINA, CLODRATO 50 MG/ 2 ML.	1,00AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA D'UMERO D

1

1000

—

— 23 —

100

JPG SOLUÇÕES EM INFORMATICA

3113 - SALMO MELO OLIVEIRA LIMA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ
64280-000, CAMPO MAIOR/PI
CNPJ: 06553564000642
TELEPHONE: (86) 3252-4546

PACIENTE: 109859-VENICE MARIA SOUSA SILVA

IDADE: 21 Anos

505

ENFERMARIA; CC01-CLINICA CIRURGICA - LEITO:CC0102

ADMISSÃO: 27/03/2018

DIAS INTERNADO: 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/04/2018 - 09:47:43

DIETA BRANDA

14 GOTAS P MIN	AD S/N	SM
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML		
1,00 BS		12/12H
ENDOVENOSA (EV)		
CETOPROFENO IV SOL. INF. 100MG/ML AMPOLA COM 2ML		12/12H
1,00 AMP		
ENDOVENOSA (EV)		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML		
1,00 BS		
ENDOVENOSA (EV)		
DIPIRONA 500 MG/ML SOL. INF. C/ 2 ML	06/06H	
1,00 AMP		
ENDOVENOSA (EV)		
BROMOPRIDA 5 MG/ML SOL. INF. C/ 2ML		08/08H
1,00 AMP		
ENDOVENOSA (EV)		
BRANTIDINA, CLORIDRATO 50 MG/2 ML		
1,00 AMP		
ENDOVENOSA (EV)		

CUIDADOS GERAIS

PCT COM FRATURA DE UMERO D

Rosa Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
COBEN 110 25/12/79

10/21
1005 foot
400 - 2 - 100 + 100
~~200 + 100~~

Dr. Cesar Torres Rabelo
CRM 1222-PR
MÉDICO

1222 - CESAR BARROS RABELO

UPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH