



# HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a paciente **Mikaely Priscila Borges Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 24 de março de 2019, às 07h16min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital socorrida na ambulância do SAMU.

União - PI, 17 de junho de 2019.

*Antônia Raimunda Viana da Silva*

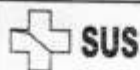
Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU



Cor: branco ( )  
Pardo ( )  
Negro ( )  
Índio ( )

[illegible]



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Municipal de União

2 - CNES

7171111111

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Municipal de União

4 - CNES

7171111111

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mikelly Priscila Borges Sales

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

16746

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11111111111111111111

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/02/03

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

Antônia Eliane Borges de S

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Assist. Santa Clara

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Assist. Santa Clara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

União

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

711113

18 - UF

13

19 - CEP

611111111111

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando fratura em MID.

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 17/06/19

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura MID

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rai - X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção de Regulamentação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030801103119

29 - CLÍNICA

Medica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

00632776382

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Sanny de C.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

RM-PI 7186

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



m 14:55

Paciente Recusou a medicação

### FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: \_\_\_\_\_ SERVIDOR: Verônica DATA: 24/03/18 HORA: 07:14

#### 01. DADOS DO PACIENTE

NOME: Mikaelly Priela Borges Sousa DN: 16/02/2002 ID: 16 anos SEXO: F  
NOME DA MÃE: Antônia Eliane Borges de Sousa  
CNS: 898003023145581 RG: 40987.508 CONTATO: nen  
ENDEREÇO: Aveniment Santa Clara CEP: 64120-000  
BAIRRO: Imo Rural CIDADE: União UF: PI  
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTROS

#### 02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DA PROCURA: \_\_\_\_\_ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐  
VITAIS/FC: \_\_\_\_\_ PA: 90x60 AT.02: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ DOR: \_\_\_\_\_ ECG: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES: Alergia a Duprona

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORARIO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_

CONSELHO/REGISTRO: \_\_\_\_\_

#### 03. HISTORIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Às 07:52 por viajada por samu para em unidade, vítima de acidente  
motorístico envolvendo, orientada, não apresenta qualquer sintoma, não apresenta dor.  
Apresenta desvio em M.D. imobilizado; múltiplas encurvações.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

#### 05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 17/06/18

Antônia R. Vianna da Silva  
ANTÔNIA R. VIANNA DA SILVA

#### 06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Solução Raso x perna (D) (cavo-femoral)
2. Voltaren - comp 100 (Suspensão)
3. Dexametasona - comp 100, desp, EV
4. Duprona, forar comp + AD, EV, aguda (Suspensão)

#### 07. CONDIÇÃO

☐ ALTA ☐ OBITO ☐ EVASÃO

#### 08. HORA SAÍDA

TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE  
☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

#### MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO  
CRM

ENFERMEIRO(A)  
COREN

Antônia Eliane Borges de Sousa  
05F 0196 - 500 ml EV  
07 Tilatil - comp + AD EV 12/12h  
08 Duprona - comp + AD EV 6/6h (512)

Dr. Jurany Junior  
MÉDICO  
CRM-PI 7486



231 2

47  
33  
90  
X



FEPISERH  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



Mikaelly Priscila Borges de Sousa  
Do Lactose  
Cirurgia II

GESTOR DA UNIDADE 200174

At. 959697

PRONTUÁRIO MÉDICO

04/05/19  
10h

INTERNAÇÃO REGULAR

Alta - 04/05/19

28/4/19 17:25  
TÉCNICO  
Marta da Cruz R. Silva  
FUND. ASS. ENFERMEIRAS DO PIAUÍ

ORTOP  
05/19

Dr. Alexandre

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: TC de Crânio  
DATA: 30/04/19 HORA: 10h  
TÉCNICO: Edna Maria Andrade Silva

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 17/05/19  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

# AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL.



## HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
Teresina - PI CEP: 64000-000 (NPJ: 06.553.564/0104-43)

Atendimento:  
**959697**

Prontuário: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Endereço: ACENT SANTA CLARA

0 ZONA RURAL

Cidade: UNIAO

UF:PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 16/02/2003 (Idade: 16 Anos 2 Meses 11 Dias Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 27/04/2019 Telefone: 86 9557.5714 Cartão SUS: 89800586290087 CPF:

Pai:

Mãe: ANTONIA ELIANE BORGES

Cônjuge:

Responsável: ANTONIA ELIANE BORGES

Endereço:

Cidade: 2976

UF:PI CEP:

*Edna Maria Andrade Silva*  
Fundador do SAME

Queixa Principal:

*Doi na Coxa*

H.D.A.

*Doi + edema na M.I.D.*

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM *Edna Maria Andrade Silva*  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-2

Diagnóstico:

*Furto de Furto*

Plano Terapêutico:

*do curativo*

Data / Hora: 27/04/2019 :

*Edna Maria Andrade Silva*  
Ass. Médico Assistente Auxiliar/Residente



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização e Internação Hospitalar (AII)

200174

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES

2726971

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

4 - CNES

2726971

959697

## Identificação do Paciente

5 - Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

6 - Idade: 473390

7 - CNS: 898005862900987

8 - Nascimento: 16/02/2003

9 - Sexo: F

CPF:

11 - Mãe: ANTONIA ELIANE BORGES

12 - Fone: 86-9,557 711

13 - Resp: ANTONIA ELIANE BORGES

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: ACENT SANTA CLARA

16 - ZONA RURAL 19 - CEP: 54120-970

16 - Munic: UNIAO

17 - Cod. IBGE: 221110 18 - UF: PI 19 - RG: 49875-08

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

21 - Condições que justificam a Internação:

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

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 16/04/2019  
Edna Maria Almeida Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019865-0

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S723

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo S.O.

0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

4

29 - Clínica:  
CL. CIRURGICA II30 - Caracter.:  
02Ident.:  
131 - Documento:  
CPF32 - Doc. Med. Solic.  
7486359337233 - Nome Profissional / Assistente  
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA34 - Data de Solicitação:  
27/04/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus:

41 - Série

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa:

44 - CBOF

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Pensionado ( ) Não Segurado

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usuário: MARIA GOMES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 12:19:30

Antônia Eliane Borges de Sousa

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 200124

AIH: 2219100305-2



FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES  
2726971

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV

CNES  
2726971

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

898005862900987

MIKAELY PRISCILA BORGES DE OLIVEIRA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

6-2-2003

F

473390

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

4987508

ANTONIA ELIANE BORGES

RESPONSÁVEL

ANTONIA ELIANE BORGES

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

64120000

ACENT SANTA CLARA

NUMERO / LOTE

0

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

ZONA RURAL

UNIAO

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ADMITIDA NESTE HOSPITAL VIA CENTRAL ESTATUAL DE REGULAÇÃO COM TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 6 DIAS APRESENTANDO FRATURA EM DIAFÍSE DE FÊMUR DIREITO.

### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

### CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S723 - FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

### CID 10 SECUNDÁRIO

### CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

### CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR

### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

LAO TSE FICHERS DA SILVA FETURA

CPF: 74663593172

CEM:

### CARÁTER

URGENCIA

### DATA SOLICITAÇÃO

27-04-2019

### DATA ADMISSÃO

27-04-2019 09:37

### DATA ALTA

04-05-2019 10:00

### MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

### TIPO ACIDENTE

### CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE

### SÉRIE

### CNPJ DA EMPRESA

### CNAE EM REGULAÇÃO

### CODOR NATUREZA DA LESÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

### PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

LUCLIANA RIBEIRO FURMIGA ROCHA

CPF: 45201079315

CRM:

DATA AUTORIZAÇÃO: 27-04-2019 10:00

### NOME DO PROFISSIONAL (PAZ E CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA)

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM

Edna Maria Andrade Silva

COPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 016065

### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





**FEPISERH**  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLÉTIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Cirurgia Feito 231-2 PRONTUÁRIO 473390

NOME: Mikaelly Pereira Bezerra de Jesus DATA DE NASC. 16/10/21

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do colo do fêmur

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Fratura do colo do fêmur

Hígido

CIRURGIA: Osteossíntese (Fixação) de fratura do colo do fêmur Nº SALA: 12

CIRURGIÃO: João Carlos Neto CRM-PI: 10000

AUXILIARES: 1º Rafael Barreto 2º Edna Maria

INSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Genesinha Fera

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

- 1) Paciente em DRA sob monitorização
- 2) Assépsia, antissepsia e colocação de campo
- 3) Incisão no nível do quadril
- 4) Fixação de fratura do colo do fêmur
- 5) Drenagem por plano e curativo

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 16/05/2023  
Edna Maria Aguiar Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019085

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

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

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

DATA: 02/05/19 HORA:



**FEPISERH**  
Fundação Estadual Piaulense  
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Cirurgia II LEITO: 271-2 PRONTUÁRIO: 47 3382

NOME: Mikaelly Pereira Bezerra de Lencastre DATA DE NASC: 16/12/03

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Col de Fêmur D

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: Fratura de Diáfise de Fêmur D

Hígido

CIRURGIA: Osteossíntese de Fratura da diáfise de fêmur D Nº SALA: 12

CIRURGIÃO: Joel Carlos Neto CRM-PI: \_\_\_\_\_

AUXILIARES: 1º Neomias Lourenço 2º \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA Fátima Sobrinho CIRCULANTE: Fernando Farias

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

- ① Paciente em DDH sob anestesia
- ② Assepsia, antitétano e colocação de Curat
- ③ Incisão em forma de T no lado D da coxa
- ④ Redução e fixação de fratura de
- ⑤ Diáfise de fêmur D.
- ⑥ Sutura por planos e Curat

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

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

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

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

DATA: 02/05/13 HORA: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 12/05/13  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065



## Hospital Getúlio Vargas

Número do prontuário

## &gt;&gt; AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Michaelis André Pery de Moura</u>		Sexo: <u>F</u>	Peso: <u>50 kg</u>	
Diagnóstico: <u>Fraturas de fêmur D</u>		Cirurgia programada		
Data prevista				
Sim Não		Especifique		
SCV	HAS			
	Ins. Coronariana			
	IAM <input type="checkbox"/> 3m, <input type="checkbox"/> 3m			
	ICC			
	Fibrilação Atrial			
SR	Marca passo			
	Outras			
	Asma			
	DPOC			
	Apnéia Obstrutiva do sono			
SGU	Hipertensão pulmonar			
	IVAS recente			
	Outras			
	Síndrome nefrótica			
	Síndrome nefrítica			
SNC	Litíase renal			
	Insuficiência renal			
	Doença de próstata			
	Outras			
	Convulsões			
INFECTO	AVC prévio			
	Disfunção cognitiva			
	Outras			
	Hepatite A, B, C			
	HIV			
ALERGIAS	Doença de Chagas			
	Outras			
	Diabetes Mellitus			
	Doenças da tireóide			
	Dislipidemia			
ENDOC	Obesidade			
	Outros			
	Doença de refluxo			
	Insuf. Hepática (Child C, D, E)			
	Hipertensão portal			
GSI	Obstrução intestinal			
	Outras			
	Patologia neuromuscular			
	Patologia da coluna vertebral			
	Coagulopatia			
DIVERSOS	Anemias hemolíticas			
	Transfusão sanguínea prévia			
	Gravidez			
	Morte em anestesia na família			
	Tabagismo			
HABITOS	Alcoolismo			
	Dependência de drogas			
	Penicilina			
	Látex			
	ANES			
OUTROS	Outros			
	História de			
	HISTÓRIA DE			
	CONFERE COM O ORIGINAL			
	EM			
Edna Maria Andrade Silva				
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/INTERCORRÊNCIAS				
Medicações usadas de forma regular				
CIRURGIAS ANTERIORES		TIPO DE ANESTESIA		
Paciente CTI: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> PIA		<input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> SVD		
<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica		<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		
Hb <u>11,4</u>	Ht <u>35,6</u>	Plt <u>257.000</u>	Leuco	
Na <u>K</u>	K	Ca	Mg	
Glic	Glic Hb	PTT	RNI	
Cr <u>1,0</u>	Ur	Fib.		
Rx tórax	Eco	TE	Outros	
ECG <u>normal, sem isquemia</u>				
Cat				
EXAME FÍSICO				
PA <u>120/70</u>	FC <u>80</u>	Mobilidade Cervical <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> reduzida	MAU LAM PAT <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Abertura da boca: <input checked="" type="checkbox"/> > 40mm <input type="checkbox"/> < 40mm	colétras protusos: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	Prótese dentária: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	Aus. de cardiaca <input checked="" type="checkbox"/> ou	
Distância mento-tireóide <input checked="" type="checkbox"/> > 6cm <input type="checkbox"/> < 6cm	Ausculta respiratória <input checked="" type="checkbox"/> ou			
Outros dados importantes <u>3 volumes mactes + medicação anti-embólica</u>				
DOENÇA CARDÍACA ATIVA	Doença cardíaca ativa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Capacidade funcional, MET		
	Preditores clínicos: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
	Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Baixo			
	ASA <u>(I)</u>			
	Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
PREVISÃO DE CTI PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	Previsão de CTI pós-operatório imediato: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Previsão de hemotransfusão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
	Aprovado para procedimento anestésico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Informação jejum pré-operatório: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
	Aspectos espirituais/culturais a destacar: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
	Planejamento Anestésico <u>Am</u>	Data:	Médico Anestesiologista CRM	
	- Reserva de hemoderivados			





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA		
Prontuário: 473390	Nascimento: 16/02/2003	Estatual Civil: Solteiro
Cartão SUS: 898005862900987		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: ANTONIA ELIANE BORGES	
Estado Civil: Solteiro	CPF:
Parentesco: MAE	

Eu, \_\_\_\_\_  
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença \_\_\_\_\_  
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de \_\_\_\_\_

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Risco de Embolia
2. Risco de Hemorragia
3. Risco de Amputação
4. Risco de trombose / embolia
5. Risco de morte

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 27/04/2019

Antônia Eliane Borges de Sousa  
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Aquiles Nogueira  
Assinatura do Médico Responsável - CRM

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 17/05/19  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/ MAT: 019065-9



**FEPISERH**  
Fundação Estadual de Pesquisa e  
Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

**I - IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Mikaelly Pinheiro Borges Lima  
Cidade de origem: União

Data de Nascimento: 16/02/03

**II - ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL**

Religião/Crença: Evangelista  
Profissão: Estudante  
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental (X) Ensino médio ( ) Superior  
Barreira na comunicação: (X) Não ( ) Sim.  
Qual? —

2 ITÊNS POSITIVOS:  
ACIONAR SERVIÇO SOCIAL

Apresenta déficit: (X) Não ( ) Sim, Qual? ( ) Visual ( ) Auditivo ( ) Motor  
Outros: —

Transtorno mental: (X) Não ( ) Sim.  
Qual? —

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

(X) Não possui ( ) Hipertensão Arterial ( ) Dislipidemia ( ) Diabetes mellitus ( ) Insuficiência Renal Crônica / Aguda  
( ) Cardiopatias ( ) Câncer ( ) Tabagismo ( ) Etismo ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Outro —

Faz uso de medicamentos? (X) Não ( ) Sim

NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	VIA	DOSE	HORÁRIO
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—

ACIONAR FARMACEUTICO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL

EM Edna Maria Azeiteiro Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019965-9

**IV - EXAME FÍSICO**

**a) SINAIS VITAIS:**

PA: — P: — ( ) Filiforme ( ) Chale ( ) Rítmico ( ) Arritmico T: —  
FR: — Oxigênio: ( ) Sim (X) Não Dor: (X) Não ( )  
( ) Sim, Onde? —  
Características: —

**b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS**

Altura: — (m) Peso: — (Kg)  
Perda de peso nos últimos 3 meses: (X) Não ( ) Sim, Peso perdido: — (Kg)  
Histórico de: ( ) Sonda ( ) Gastrostomia ( ) Nefropatia ( ) Neoplasia de cabeça/pescoço  
( ) Neoplasia de trato gastrointestinal ( ) Transplante ( ) Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m<sup>2</sup>)

2 ITÊNS POSITIVOS  
ACIONAR A NUTRICIONISTA  
(Atenção nutricional)

**c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Anestesiado  
ESCALA DE COMA GLASGOW: —

**d) ASPECTO EMOCIONAL:** (X) Calmo ( ) Tenso ( ) Agitado ( ) Apático ( ) Eufórico  
( ) Agressivo ( ) Triste ( ) Outra alteração. Qual? —

2 ITÊNS POSITIVOS  
ACIONAR O PSICÓLOGO

n) PADRÃO DE SONO: (X) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Insônia ( ) Uso de sedativo-calmanantes: ( ) Não ( ) Sim

o) SISTEMA REPRÓDUTOR: (X) Menarca ( ) Menopausa ( ) Primípara ( ) Multipara

v) RISCOS: ( ) Não (X) Sim. Qual? (X) Queda ( ) LPP ( ) Flebite

Alergia: ( ) Não (X) Sim. Qual? Dipirona

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

Qual(is):

Qual o ano?

(VII) NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL – ESPECIFICAR:

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

Deseja receber orientações educativas? (X) Não ( ) Sim

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

Tratamento específico:

( ) Outro

(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS:

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

( ) Criança

( ) Idosos debilitados

(X) Adolescente

( ) Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

( ) Indígena

( ) Outro. Qual?

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

( ) Alimentação

( ) Linguagem

( ) Deambulação/ Mobilidade

( ) Surdo e mudo

( ) Sono e repouso

( ) Comunicação

( ) Acompanhante

( ) Outros. Qual?

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados

IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 19/04/19  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONATÁRIO MAT. 019065-2

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

O Sr. ou Sr<sup>a</sup> gostaria de fazer alguma pergunta em relação a estes folders?

(X) Não ( ) Sim. Folder de direitos e deveres do paciente

(X) Não ( ) Sim. Folder de Higienização das mãos

(X) Não ( ) Sim. Folder de Risco de quedas

(X) Não ( ) Sim. Identificação com pulseira

O Sr. ou Sr<sup>a</sup>. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Nome:

Identificação/Responsável: Antonio Eliane Borges de Souza

Assinatura:

RG:

Grau de parentesco (se aplicável):

Data: 27/04/19 Hora: 11:40

ASSINATURA/CAPIBIBO

# SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

**959697**

Prontuário: 473390 Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Endereço: ACENT SANTA CLARA

0 ZONA RURAL

Cidade: UNIAO

UF:PI CEP: 64120-970

Sexo: F DT. Nasc: 16/02/2003 ( Idade: 16 Anos Estado Civil: S Profissão: ESTUDANTE

Cadastro: 27/04/2019 Telefone: 86 -9557.9714

Cartão SUS: 898005862900987 CPF:

Justificativa:

*Necessidade de Acompanhante*

Data	Assinatura
27/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
28/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
29/04/19	Antônia Eliane Borges de Sousa
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM *[Assinatura]*  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019006

*[Assinatura]*  
Dr. Antônio Medeiros  
CRM-PI 1550

Ass. Médico Solicitante

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




Auditor

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

Assinatura - CPF



## Informações Gerais

-  Paciente: MIKAELY PRISCILA BORGES SCUSA - 898003023145581 - 16/02/2003 (16 anos), União. Mãe: Antônia Eliane Borges (/pacientes/211520)
-  Leito:
-  Class. Risco: Emergência

## VISÃO GERAL

## EVOLUÇÃO

### Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União, PI)

### Médico Solicitante

CAMILA DE SA BEZERRA

### Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

### Senha

2019.0324.0105.314 *H6V*

### Observação solicitante

### Caráter

Retaguarda

### Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

### CIDs

Fratura da diáfise do fêmur

### Procedimentos

### Descrição Clínica

16 a, apresenta fratura em diáfise de fêmur direito evidenciada ao raio x, edema e dor em mid após trauma por acidente motociclístico há 6 dias, paciente segue com dor intensa que não cede com analgésicos simples

### Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não informado

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 120

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 98

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 18

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 87

DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
Autorizo abertura de prontuário  
Teresina, 20/02/2019

*[Assinatura]*

*17. 5:30 / 17.2.19*  
*09080519*

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM *[Assinatura]*  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

## Informações Gerais

- Paciente:** MIKAELY PRISCILA BORGES SOLISA - 898.003023145581 - 16/02/2003 (11 anos). União. Mãe: Antônia Eliana Borges (/pacientes/211520)
- Leito:** Hospital Getúlio Vargas - HGV (Teresina/PI) - ENF - 231 LEITO - 1 - Ortopedia e Traumatologia / Adulto / Feminino (/estabelecimentos/119)
- Class. Risco:** Emergencia

## VISÃO GERAL

## EVOLUÇÃO

### Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União, PI)

### Médico Solicitante

CAMILA DE SA BEZERRA

### Usuário Solicitante

Usuário Padrão - Infoway

### Senha

201903240105311

### Observação solicitante

ENF. LUDENIRA

### Caráter

Retaguarda

### Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

### CIDs

Fratura da diáfise do fêmur

### Procedimentos

#### Descrição Clínica

16 a, apresenta fratura em diáfise de fêmur direito evidenciada ao raio x, edema e dor em local após trauma por acidente motociclístico há 6 dias, paciente segue com dor intensa que não cede com analgésicos simples ATUALIZAÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, COM MELHORA DA DOR

#### Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não informado

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 120

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 98

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 18

Frequência cardíaca (0 a 130 bpm ou Não Informado): 87

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 14/03/2013  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065

232-2

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
MVPEP - Prontuário Eletrônico do Paciente  
Parecer Médico

Página 1 de 1  
Emitido por: MÁRCIO MACEDO VIANA  
Em: 29/04/2019 19:07

Dados do Paciente:

Paciente: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

Idade: 16 Anos 2 Meses

Data de Nascimento: 16/02/2003

Dados da Internação:

Atendimento: 959697

CID: S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Dt Internação: 27/04/2019

Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Leito: 580 CL231L03

Enfermaria: CIRII231

Unidade: CL CIRURGICA II

Solicitação do Parecer:

Código: 3561

Data: 29/04/2019

Prestador: MARCIO MACEDO VIANA

Especialidade: 9

~~CARDIOLOGIA~~ *Neurologia*

Descrição: PACIENTE SEXO FEMININO, 16 ANOS, INTERNADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA EM FEMUR DIREITO. A MESMA EVOLUI COM LETARGIA E EPISODIOS DE VOMITOS SOLICITADO TC DE CRANIO (29/03) SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA QUANTO A CONDUTA

*Dr. Nelson dos Reis Pires*

MARCIO MACEDO VIANA

CRM 6252

Paciente alerta, orientada, colaborando com o ex. Dor crânio - irritabilidade ocular intensa e extirpou preservando minic focal simétrica - sem alt. de força. Reflexos profundos normais. Postura plantar flexora bilateral. Recomendado fazer EEG dentro de 60 (sessenta) dias.

*disponível*  
*Lampro*  
*CRM 737*

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM *[assinatura]*

Edna Maria Amato Silva

HOSPITAL GETULIO VARGAS - SA DE PRONTUARIO / MAT: 019065

Dados do Paciente:

Paciente: 473390 MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA  
Data de Nascimento: 16/02/2003

Idade: 16 Anos 2 Meses

Dados da Internação:

Atendimento: 959697

CID: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Dt Internação: 27/04/2019

Serviço: CIRURGIA ORTOPEDICA

Leito: 580 CL231L03

Enfermaria: CIRII231

Unidade: CL. CIRURGICA II

Solicitação do Parecer:

Código: 3561

Data: 29/04/2019

Prestador: MÁRCIO MACEDO VIANA

Especialidade: 9

CARDIOLOGIA *Neurologia*

Descrição: PACIENTE SEXO FEMININO, 16 ANOS, INTERNADA PARA TRATAMENTO DE FRATURA EM FEMUR DIREITO, A MESMA EVOLUI COM LETARGIA E EPISÓDIOS DE VÔMITOS.  
SOLICITADO TC DE CRÂNIO (29/03)  
SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA QUANTO A CONDUTA

*Dr. Janelson dos Reis Pires*  
MÁRCIO MACEDO VIANA  
CRM 6252

CRM 6252

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM *Edna Maria Andrade Silva*  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019055



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

**À CLÍNICA:**

## MOTIVO DA CONSULTA

DATA

**PARECER:**

Durval Teodoro Nunes Leal  
 ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PI 1995 CRM-MA 3538  
 CRM-PI 1995 CRM-MA 3635  
 ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
 ASSOCIADO CONSULTANTE

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 17/05/2019  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONÓSTICO MAT: 019085-A

DATA:

ASS MEDICO ESPECIALISTA





HOSPITAL GETULIO VARGAS  
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TEFESINA - P. CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/014-43

**LAUDO MÉDICO**

**Dados do Atendimento:**

Paciente: **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Prontuário: **473390**

Atendimento: **959697**

Dt. Nasc.: **16/02/2003**

Idade: **16a 2m 12d**

Sexo: **F**

**Dados da Solicitação:**

Pedido: **147490**

Data Recido: **28/04/2019**

Médico Solicitante: **LAC TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII231**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.009-5**

Data do Laudo: **30/04/2019**

**RADIOGRAFIA DE BACIA**

- Fratura completa no colo femoral direito sem desvio.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM **14/05/19**  
Edna Maria Antunes Silva  
COPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019965



ESTAB. DE SAÚDE DE TERESINA

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040  
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-71

## LAUDO MÉDICO

### Dados do Atendimento:

Paciente: **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Prontuário: **473390**

Atendimento: **959697**

Dt. Nasc.: **16/02/2003**

Idade: **16a 2m 12d**

Sexo: **F**

### Dados da Solicitação:

Pedido: **147490**

Data Pedido: **28/04/2019**

Médico Solicitante: **LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA**

Setor Solicitante: **CL CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL CIRURGICA II / CIRII231**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.06.011-7**


Data do Laudo: **29/04/2019**

## RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

**RELATÓRIO: O estudo radiológico do fêmur realizado nas incidências em AP demonstra:**

- Fraturas completas recentes no colo sem desvio e na diáfise femoral com desvio.

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM **14/05/19**  
Edna Maria Andrade Silva  
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 919065-4

  
CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
1341



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PACIENTE

**MIKAELLY PRISCILA BORGES**

IDADE		CLÍNICA	ORTOPEDIA	ENFERMARIA	LEITO	PRONTUÁRIO
16				231	02	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			QUANT	HORÁRIOS	
04/05/19	FRATURA DIAFISE + COLO DE FEMUR ALERGICA A DIPIRONA 2º DPO; RX OK					
	1. DIETA ORAL LIVRE					
	2. SF 0,9% 1000 ml EV p 24hs					
	3. Ranitidina 50mg - 2ml + AD EV, 12/12 H					
	4. PARACETAMOL 35 GOTAS VO 6/6H SE TAX > 37,8°C					
	5. KEFLIN 1G - 1 FR + AD EV 6/6H					
	6. Tramal 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9% EV 8/8H					
	7. Plasil 10mg- 1 amp + AD, EV, até de 8/8h, se náuseas ou vômitos					
	8. ENOXAPARINA 40MG 1AMP SC 1X/DIA					
	9. Captopril 25mg -- 01comp VO se PAS>160 ou PAD > 100 mmHg					
	10. Fisioterapia Motora e Respiratória					
	11. Sinais vitais e Cuidados gerais					
	12. RISCO DE QUEDA					

RETIRAR DRENOS, CIPATINO

ALTA HOSPITALAR

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CONFERE COMO ORIGINAL  
Edna Maria A. de Aguiar Silva  
Cópia de Prontuário MAT: 0190855



# SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

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

Atendimento:  
**959697**

Paciente: <b>MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA</b>		Idade: <b>16 Anos 2 Meses 11 Dias</b>	Sexo: <b>F</b>	Prontuário: <b>473390</b>
Endereço: <b>ACENT SANTA CLARA</b>		Nº: <b>0</b>	Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>UNIAO</b>
UF: <b>PI</b>	DT. Nasc: <b>16/02/2003</b>	Profissão: <b>ESTUDANTE</b>	Telefone: <b>86 - 9557.9714</b>	CPF: <b>83805862900987</b>

Internação: <b>27/04/2019</b>	Alta: <b>04/05/2019</b>	Permanência: <b>08 dias</b>
-------------------------------	-------------------------	-----------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Y00.001.001 - Dificuldade de aprendizagem</b>
CID Secundário: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CID Causa Morte: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Evolução e Situação na Alta:

**Tratamento realizado com sucesso, paciente em boas condições para alta.**

Medicações Utilizadas:

**Amoxicilina**

Cirurgia: Data: **02/04/2019** Tipo: **Intervenção cirúrgica - Dificuldade**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência:

**Retorno ao Hospital Getúlio Vargas para acompanhamento.**

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curacao ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com retorno ☐ 1.6. Evasão ☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Adm. hospitalar

Transferência:

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_

Transporte: \_\_\_\_\_

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

Ass. Médico Assistente: **Dr. João Carlos Pires**

Ass. Médico Assistente: **Ass. Médica**

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
CONFERE COMO ORIGINAL  
MARIANA ANDRADE SILVA  
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019985

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Antonio Eliane Borges de Sousa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.095.620 DATA DE EMISSÃO 21/03/19

NOME ANTONIA ELIANE BORGES DE SOUSA

FILIAÇÃO RITA MONTEIRO DE SOUSA BORGES  
ANTONIO FRANCISCO BORGES

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 19/10/1979

DIG. UNICO CERT.CASAM. 15983 L B-46 F 105

CPF EXP TERESINA-PI 08/08/03  
897.512.563-72

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

rep. legal - (mãe)

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025397642

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\$)
AGOSTO/2019	12-08-2019	116	114,59

ANTONIO FRANCISCO BORGES  
LC SANTA CLARA S/N B-RURAL  
CPF: 0001863381391  
CEP: 64.120-010 - UNIAO

ROT: 248.070.04.85.219100

LEITURA: 64.126.000 - UNIAO		ROT: 248.070.04.85.21910	
DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6090	Atual:	05/08/2019
Anterior:	5974	Anterior:	06-07-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-09-2019
Consumo Medido:	116	Emissão:	02-08-2019
Consumo Faturado:	116	Apresentação:	05-08-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1536855		1.1.1.1	139

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
JUL/19 126	CONSUMO 116 A R\$ 0,88202 = 102,45
JUN/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,25
MAI/19 131	BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N. 1,11-
ABR/19 128	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,45
MAR/19 149	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,77
FEV/19 163	
JAN/19 153	
DEZ/18 158	
NOV/18 165	
OUT/18 150	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 116 - 0,83476

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

#### DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Val. or R\$  
12/2012 78,41

\*\*\*\*\* AVISO DE DEBITOS VENCIDOS \*\*\*\*\*  
Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$  
\*\*\*\*\* 7,41 (sete reais e quarenta e um centavos) até esta data. Caso o(s)  
debtado(s) não tenha(m) sido(s) pago(s), favor nos avisar para  
atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) con-  
vênio(s) de pagamento.

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelas formas de pagamento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre no site ou por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO C919.FA01.EFED.9255.9205.BF38.2793.DFF0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	21,54	Base de Cálculo:	102,45
Energia	41,61	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão	7,03	Valor do ICMS:	22,53
Encargos	3,44	Valor do PIS:	1,12
Tributos	28,83	Valor do COFINS:	5,18

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
D/C		P/C		DMC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral

14 53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190574138 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO (SEM DESVIO) E DA DIÁFISE (COM DESVIO) DO FÊMUR DIREITO P24

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) P9 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190574138 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA **Data do acidente:** 24/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO (SEM DESVIO) E DA DIÁFISE (COM DESVIO) DO FÊMUR DIREITO P24

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) P9 ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349932/19

**Vítima:** MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

**CPF:** 101.238.413-64

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/03/2019

**Titular do CPF:** MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA : 101.238.413-64**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA  
CPF: 101.238.413-64

MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

---

**Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190574138**

**Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 24/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190574138**

**Vítima: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

**Data do Acidente: 24/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004288**

Conta: **0000022334-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

101.238.413-64

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

101.238.413-64

Estudante

Localidade Santa Clara

S/N

Zona rural

União

PE

64120000

melhouschibaca@gmail.com

86 999 3838 17

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Antonia Eliane Borges de Sousa

897.510.563-72

Procuradora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 00022334 4

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, União - PE, 08 de outubro de 2019

Antonia Eliane Borges de Sousa

Mikaelly Priscila Borges de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

273-722392654-7

30/SET/2019

HORA DE 08:15:15

LOT: 10.020718-5

TERM: 041445

LOCALIDADE: UNIAO

AG. VINCULADA: 4288

CONTROLE: 634912685

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

4288 013 00022334-4

MIKAELY PRISCILA B SOUSA

VALOR

:

00,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS  
273-722392654-7

1ª VIA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001627/2019-59**

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 16/08/2019 - 10:17

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Data/Hora

24/03/2019 - 05:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 112, KM 40, LOCALIDADE SÃO BENTO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

BARRACÃO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIA ELIANE BORGES DE SOUSA

RG: 2095620

Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Noticiante

Mãe: RITA MONTERIO DE SOUSA BORGES

Endereço: ASSENTAMENTO SANTA CLARA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9557-9714

Nome: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

RG: 4987508

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: ANTONI ALIANE BORGES

Endereço: ASSENTAMENTO SANTA CLARA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

QUE NA DATA E LOCAL MENCIONADOS A FILHA DA DECLARANTE, MIKAELY PRISCILA BORGES SOUSA, TRAFEGAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA OEH0654, CHASSI 9C2KC1670DR409006, DE PROPRIEDADE DE RITA MONTEIRO DE SOUSA BORGES, CPF 350.851.003-44, QUANDO O PILOTO PERDEU O CONTROLE E MIKAELY SOFREU UMA QUEDA QUE CAUSOU UMA FRATURA NO FEMUR DIREITO. QUE O ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR CLAUDENICE DA SILVA FERREIRA, RG 2.134.901, CPF 982.947.683-91, RESIDENTE NA LOCALIDADE SANTA CLARA, ZONA RURAL DE UNIÃO E POR ROSULA RODRIGUES DA SILVA, RG 7.587.313, CPF 704.060.493-00, REIDENTE NA LOCALIDADE SANTA CLARA, ZONA RURAL DE UNIÃO.

Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat.  
AGENTE DE POL

Mikaely Priscila Borges de Sousa  
MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Helio Leal Parafina  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 101.238.413-64 4 - Nome completo da vítima: Mikaelly Priscila Borges de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Mikaelly Priscila Borges de Sousa 6 - CPF: 101.238.413-64  
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Localidade Santa Clara 9 - Número: 512 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: União 13 - Estado: PB 14 - CEP: 69120000  
15 - E-mail: negociosobocacao@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 999 3838 17

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Antonia Eliane Borges de Sousa  
18 - CPF do Representante Legal: 897.510.563-72 19 - Profissão do Representante Legal: Procuradora

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00022334 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, União - PB, 08 de outubro de 2019

Antonia Eliane Borges de Sousa  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Mikaelly Priscila Borges de Sousa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MIKAELY PRISCILA BORGES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000022334-4

---

Nr. da Autenticação 9057C6A8788260EA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/08

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0643326-0

Nº da Nota Fiscal 025397642

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

CONTA MÊS  
AGOSTO/2019  
VENCIMENTO  
12-08-2019

CONSUMO (kWh)

116

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,59

ANTONIO FRANCISCO BORGES  
LC SANTA CLARA S/N B-RURAL  
CPF: 0001863381391  
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 248.070.04.85.219100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	6090	Atual:	05/08/2019
Anterior:	5974	Anterior:	06-07-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-09-2019
Consumo Medido:	116	Emissão:	02-08-2019
Consumo Faturado:	116	Apresentação:	05-08-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.
RESIDENCIAL	MONO	A1536855		1.1.1.1
				Média 12 meses
				139

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/19	126	CONSUMO	116 A R\$ 0,883202 = 102,45
JUN/19	125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,25
MAI/19	131	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.	1,11
ABR/19	128	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,45
MAR/19	149	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,77
FEV/19	163		
JAN/19	153		
DEZ/18	158		
NOV/18	165		
OUT/18	150		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 116 - 0,634476

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Vlr R\$

12/2012 78,41

\*\*\*\*\* AVISO DE DEBITOS VENCIDOS \*\*\*\*\*  
Informamos existirem débitos vencidos no valor de R\$  
\*\*\*\*\* 78,41 em 5/5/2012. Caso o(a) cliente não pague, a  
substituição de medidor será realizada. Procurar um local de  
atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí para o cancela-  
mento de pagamento.

LIGUE 0800 680 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode obter mais dados de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO (919.FA01.EFED.9255.9205.BF38.2793.DFF0)

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	21,54	Base de Cálculo:	102,45
Energia	41,61	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	7,03	Valor do ICMS	22,53
Encargos	3,44	Valor do PIS	1,12
Tributos	28,83	Valor do COFINS	5,18

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
QIC		FIC		DMIC		DICRI	
Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Trimestral	Atual	Mensal	Mensal

14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14