



ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
VALENÇA DO PIAUÍ - PI

RECEITUÁRIO

Nome: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que a Sra. Teresa Maria da Conceição Silva realizou tratamento fisioterapêutico no ambulatório do HREP para reabilitação de punho e mão D após fratura do rádio e do ulna distal. A mesma havia sido submetida a cirurgia aberta com fixação das fraturas com pinos metálicos. Após tratamento fisioterapêutico a mesma recebeu alta na presente data.

VALença - PI

Data: 22/11/2019

Fábio Rebeiro

CREFI: 70375-F

Fisioterapeuta

Médico - CRM

VACINE SEU FILHO AGORA, PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS



Valença do Piauí

"Na natureza Piauí, tu és o coração"

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

## REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192

USBDATA: 03/08/19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE:

SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

Terezinha Maria da Conceição

58 anos

Rua 72 de Maio

## CONTROLE DO TEMPO

Saída da Base	<u>15:57</u>	Chegada ao Local	<u>16:02</u>	Saída do Local	<u>16:05</u>
Chegada ao Hospital	<u>16:09</u>	Saída do Hospital	<u>16:21</u>	Chegada a Base	<u>16:27</u>

## TIPO DE OCORRÊNCIA:

- (X) Acidente de Trânsito      ( ) Agressão Física      ( ) Ferimento Arma Branca  
 ( ) Choque Elétrico      ( ) Choque Elétrico      ( ) Envenenamento  
 ( ) Urgência Obstétrica      ( ) Queda      ( ) Mal Súbito  
 ( ) Urgência Pediátrica      ( ) Queimadura      ( ) Queda  
 ( ) Urgência Psiquiátrica      ( ) Ferimento arma de fogo      ( ) Já Removido  
 ( ) Afogamento      ( ) Urgência Clínica      ( ) Falso Chamado  
 ( ) Acidente animal peçonhento      ( ) Intoxicação Exógena      ( ) Óbito

## NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ( ) Alerta      ( ) Iguais      ( ) Ausente      ( ) Normal  
 (X) Responde ao Comando      ( ) Desiguais      ( ) Mínimo      ( ) Confusa  
 ( ) Responde a Dor      ( ) Moderado      ( ) Moderado      ( ) Nenhuma  
 ( ) Sem Resposta      ( ) Intenso      ( ) Intenso

## PUPILAS

## SANGRAMENTO

## FALA

SINAIS VITAIS	1 <sup>a</sup> Verificação	2 <sup>a</sup> Verificação
Hora		
P.A.	<u>132/90</u>	
Pulso	<u>37</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>7.07 mg/dl</u>	
Temperatura		

## PULSO RADIAL:

- ( ) Forte      ( ) Ausente  
 ( ) Fraco      (X) Leve  
 ( ) Ausente      ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

## OBSERVAÇÕES:

Pct. Vermelha, 58 anos, vítima de acidente de trânsito, com suspeita de fratura de mão direita e norma arterial (ausente), orientada para exames de imagem.

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ( ) Aspiração      ( ) Imobilização de extremidades      ( ) Ass. Obstétrica  
 ( ) Oxigênio      ( ) Prancha      ( ) Hemostasia  
 ( ) Reanimação Cardio-Resp.      ( ) Colar Cervical      ( ) Curativo  
 ( ) Ventilação Artificial      ( ) KED  
 (X) Monitorização      ( ) Acesso Venoso-Solução  
 ( ) Outros

## CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- (X) Melhorando      ( ) Severa Gravidade      ( ) Indeterminado  
 ( ) Piorando      ( ) Média Gravidade      ( ) Óbito antes do Socorro  
 ( ) Estacionado      ( ) Pequena Gravidade      ( ) Óbito durante o socorro  
 ( ) Coma      ( ) Nexo      ( ) Óbito durante o transporte

## MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Centro de Saúde de Ponta GrossaCIDADE: BrasíliaDr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 15067

Profissional Receptor do Hospital

Terezinha Maria JPK 8  
Médico Emergente  
Cond. Kildare

Atendimento: P0257695 Registro: 8973  
 Data: 03/08/2019 Hora: 16:11:00  
 Funcionário: ELDER Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
**SUS**

**Senha 46**

**TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE

Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clinica/Exame fisico:**

ALCOOLIZADA.

TRAUMA MOTOCICLISTICO

Hora: \_\_\_\_:

Internação

**Exames Complementares:**

GLAUCOMA AS

**Diagnóstico provável:**

FRATURA NÁOIO / ULNA DISTAL D?

**Prescrição Médica:**

- ① TRAMAL 50,0ML - 2,0ML + 100ML SF 0,9% - LV - 30g/1L
- ② DIFENOX 500,0ML - 01 Amp + AD - LV - 160ml
- ③ VOLTAREN 75,0 - 01 Amp - 3ml - 160ml
- ④ CCCG + JWW

Hora: 16:11:41

**Anotações da Classificação de Risco**

**Prioridade:**

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

**Queixa/História:** TRAUMA MOTOCICLISTICO

**Alergias:**

**Medicação Usual:**

PA: 140X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduita:** ENC CLINICO GERAL

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA  
 Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia

**Destino:**

Dr. Rafael Barbosa Vieira

Médico

CRM-PI 6067

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SI  
Idade: 58a 11m 25d  
Data: 09/10/2019  
Solicitante: LUCIANO SILVA CORTEZ  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 6577



---

**RX PUNHO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

**Grafiias realizadas através de aparelho gessado, evidenciam:**

- Material metálico de síntese fixando fratura no terço distal do rádio.
- Fratura em consolidação no terço distal da ulna.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
<i>Teresa Maria da Conceição Silva</i>				<i>03/06/29</i>		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>02</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	<i>02</i>			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
Antibiotico + Tolosa 500 ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
ONDA VESICAL				<i>Operação de colostomia</i>		
COLETOR DE URINA				<i>Cirurgião Dr. Ronald</i>		
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			<i>Auxiliar</i>		
ATADURA COM CREPOM	<i>03</i>			<i>Anestesista Dr. Henrique</i>		
ATADURA GESSADA				<i>Tipo de Anestesia Sedação</i>		
ATROPINA				<i>Instrumentador</i>		
KETALAR				<i>Ocorrências</i>		
DIMORF						
NEOCAINA PESADA						
LIDOCAINA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL <i>hexometeserina 02</i>	<i>02</i>		<i>OK</i>			
DIPIRONA						
CEFAZOLINA <i>Cefalotina 500 mg 02 (7.00)</i>						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINAA						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE <i>Gaze</i>			<i>04 Pcs</i>			
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE <i>Eu de Kichener 2.5 (02)</i>						
ESPARADRAGO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	<i>05</i>					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						
MÉDICO: <i>Dr. Ronald</i>						
ENFERMEIRA(O): <i>Erica</i>						
TÉC. ENFER: <i>Fernanda</i>						

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME DO PACIENTE: <i>ANNA MARIA DE JESUS DA SILVA</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>25/05/18</i>		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL		CORICOIDES			ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
RÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO ÀS			EFEITOS		
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO. UTO	500					
	SANGUE	300					
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
P. ARTERIAL V O PULSO	36	2					
		200					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180					
		160					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140					
		120					
RESPIRAÇÃO O		100					
		80					
SÍMBOLOS							DURAÇÃO <i>0h15m</i>
TÉCNICAS <i>GA</i>							INCIDENTE / ACIDENTE <i>Saiu da maca</i>
OPERAÇÕES <i>Extensão de punho</i>							
CIRURGIÕES <i>Fernando</i>							
ANESTESISTAS <i>Domingos 5463</i>							
							CONDIÇÕES PÓS-ÓPERATÓRIAS IMEDIATAS:
PARTICULARIDADES							

Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 / 1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -CCIH

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE:	Idade:	
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSITENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA):	Cefalotina 1g	
FUNCTION DO TRATAMENTO:	Tratamento	
JUSTIFICATIVA:	Necessidade de antibioticoterapia	
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:	PERÍODO:	

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 08/08/19

MÉDICO CARIMBO:

PARECER DA CCIH: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CCIH

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CCIH

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE Teresa Maria de Lourdes Silveira  
ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA -  
201908031127493  
STATUS: REGULADA

## Informações Gerais

- Paciente:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
- Leito:** Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)
- Class. Risco:** Muito urgente

## VISÃO GERAL

### **Estab. Solicitante**

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

### **Médico Solicitante**

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

### **Usuário Solicitante**

Usuário Padrão

### **Senha**

201908031127493

  
Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067

### **Observação Solicitante**

; RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 03/08/2019 16:46

  
Djane Maria Barbosa da Silva  
Enfermeira  
COREN-PI 21791

### **Observação Executante**

; Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41

### **Caráter**

Urgência

### **Tipo de Leito**

Ortopedia e Traumatologia

### **CIDs**

Fratura do antebraço, parte não especificada

### **Procedimentos**

### **Descrição Clínica**

Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF: Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.

### **Protocolo de Atendimento**

Pressão Sistólica: 140

Pressão Diastólica: 90

Saturação (%): 96

Exaquação Cardíaca (bpm): 72

## VISÃO GERAL

## Informações Gerais

<b>Paciente:</b> TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí, Mâe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO	<b>Estab. Solicitante</b>	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
	<b>Médico Solicitante</b>	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
	<b>Usuário Solicitante</b>	Usuario Padrão
	<b>Senha</b>	201908031127493
<b>Leste:</b> Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)	<b>Observação Solicitante</b>	
<b>Class. Risco:</b> Muito urgente	<b>Observação Executante</b>	Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41
	<b>Caráter</b>	Urgência
	<b>Tipo de Leito</b>	Otorpedeia e Traumatologia
	<b>CIDs</b>	Fratura do antebraço, parte não especificada
	<b>Procedimentos</b>	
	<b>Descrição Clínica</b>	Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / Sat02 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.
	<b>Protocolo de Atendimento</b>	
	Pressão Sistólica: 140	
	Pressão Diastólica: 90	
	Saturação (%): 96	
	Frequência Cardíaca (bpm): 72	
	Frequência Respiratória (rpm): 16	
	Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15	
	Assistência Ventilatória: nao_fat_uso	

## Observações

## Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 16:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15

Assistência Ventilatória: nao\_faz\_uso

**Observações****Atualizações no Fluxo**

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 16:46	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
03/08/2019 16:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

# HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI

Telefone: (89) 3422-1314 , FAX: (89) 3422-1314

CNPJ: 06.553.564/0102-81, E-mail: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0125960



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Sexo: FEMININO

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Idade: 58 A 9 M, 20 D

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Impresso: 05/08/2019

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,81 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	12,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,8 %	40 a 52 %
VCM	96,59 u <sup>3</sup>	80 a 100 u <sup>3</sup>
HCM	32,28 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,42 %	31 a 36 %

### OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000/mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	00 %	0
SEGMENTADOS	70 %	5,88
BASÓFILOS	00 %	0
EOSINÓFILOS	02 %	0,168
LINFÓCITOS	23 %	1,932
MONÔCITOS	05 %	0,42
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	321,000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /µL

### OBSERVAÇÕES

#### OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 05/08/2019 - 10:54:00

Liberado: 05/08/2019 - 11:29:24



Piauí



**FEPISEH**  
Fundación Empresarial Iberoamericana  
de Servicios Financieros



Sistema  
Único de  
Saúde



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picuí-PI

#### **ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO**

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Terezinha Maria da Conceição Silveira Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: M (F:)

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Data Cirurgia: 08/08/19



Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

Sim

O local está demarcado?

Sim

Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

Sim

Paciente possui:

Alergia conhecida?

Sim

Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

Não

Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml

(7ml/kg para crianças)?

Não

Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim

Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?  
Qual duração do caso?

Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há algumas preocupações especificamente relacionadas ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não aplicável

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20954573425009

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

12 - ENDEREÇO

VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VALença DO PIAUÍ

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1960

9 - SEXO

Masc.  Fem.  X 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

416554

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9993-94302

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL    22 - CID SECUNDÁRIO    23 - CAUSAS ASOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 08 02 04

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS

( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 -

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNAE EMPRESA

41 -

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220800C'1

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS    ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*Dr. Osvaldo Alves Costa  
Médico Auditor SMS - Picos  
Código SUS 100.590.547.830-000  
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31*

Assinatura paciente/Responsável

*Vila das Flores - Picos*



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184  
PICOS/PI

Nº AIH

FRAN

Atendimento	1062778
Data:	03/08/2019
Hora:	23:33

## BOLETIM DE ADMISSÃO

416554 - TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

VIUVO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 14/10/1960 - Cor/Raça: 03-PARDA

58 A,9 M,20 D

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F

Leito: C14/68 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF:395.438.543-00

RG: 909748

CNS:209545734250009

SIS Prenatal:

Endereço: VALE VERDE, N° 0 - CEP: 64300-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI

Profissão:

Telefone: (89) 9993-94302

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Responsável: ROSANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO - 89999394302 - AMIGA

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### Resultado

Curado  
 Melhorado  
 Inalterado  
 Piorado

Removido  
 Pedido  
 Evasão  
 Indisciplina

-48 Horas  
 +48 Horas  
 Óbito

Transferido \_\_\_\_\_

### História Clínica

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
CULTURA PIAUÍ



GIOVANNI  
ESPIONA

NOME:	ALA C	APTO C21	J4	LEITO	7,2	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA:	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO					OBSEVAÇÕES
1. DIETA LIVRE						
2. JELCO SALINIZADO						
3. DIPIRONA 1 G + AD, IV 6/6 HORAS S/N						
4. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H S/N, PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG						
5-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML, EV 8/8 HORAS S/N	2xJ					
6-TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N	2xJ					
7-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N	2xJ					
8-OMEPRAZOL 40MG, VO, PELA MANHA						
9-SSVV + CCCG						



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



卷之三



SESAPI

SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



522  
GOVERNO  
IXIHAU

NOME : <b>Rita Mous</b> ID: <b>123456789</b>		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
DATA: <b>06 / 08 / 2019</b>		PREScrição MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA LIVRE					
2. JEJICO SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MM/HG					
4. DIPIRONA 01G + AD EV 6/6 h S/N					
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N					
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N					
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H					
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA					
9. SSVV + CCGG					



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



22

NOME: TERZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA HD: FX DO RÁDIO DISTAL	ALAC	ENF 14	LEITO 72	R. MET.
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
<b>PREScrição MÉDICA</b>			HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	
DATA: 07/08/2019			OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO HIDROLISADO				
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS				
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)				
5 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)				
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)				
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG				
8. SSVV + CCGG				
9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
<i>Dr Francisco José da Cunha Ginecologista e Endocrinologista Cidade São Paulo 10114-000</i>			<i>10/08/2019</i>	



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



222

NOME:	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 08 /08 /2019				
1. DIETÁ LIVRE	Lixo			
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180 OU PAD>100 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATHI 40MG + AD EV 12/12H				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA				
9. SSVV + CCGG				
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES			
10:00 AM	Recomenda-se hidratação e evitação de exposição solar intensa. Tomar medicamentos com intervalos de 1 hora entre os medicamentos.			
12:00 PM	Medicação deve ser tomada antes da refeição.			
15:00 PM	Medicação deve ser tomada antes da refeição.			
18:00 PM	Medicação deve ser tomada antes da refeição.			
22:00 PM	Medicação deve ser tomada antes da refeição.			

REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

Fernandes

SALA N°

CIRCULANTE	INÍCIO DA ANESTESIA: 16 : 50	INÍCIO DA CIRURGIA 17 : 00
ENTRADA NA SO		
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA:		
CIRURGIA REALIZADA		
CIRURGIÃO	ANESTESILOGISTA	Dra. Daniela INSTRUMENTADOR
ASSISTENTES: 1º	CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PLACA DE BISTURI ELÉTRICO</li> <li>[ ] ELÉTRODOS</li> <li>++ INCISÃO CIRÚRGICA</li> <li>OXIMETRIA DE PULSO</li> <li>▲ PANI</li> </ul>
		PA 138x62 SATO 100 / FC 99 bpm PA 138x62 SATO 91 / FC 98 bpm

TIPO DE ANESTESIA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBILBAR 1 ml com 0,5% lidocaina <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA V/100 ml com 0,5% lidocaina <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA		<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA	<input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEM CATETER
	<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA	<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG
--------------------------	---	--	---	--	---------------------------------------

PREPARO DA PELE	<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO <input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA <input type="checkbox"/> REALIZADA POR EQUIPE MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
-----------------	---	---	---

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR mg/dl	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
--------------------------	---	---	---	--	---------------------------------------

GARROTEAMENTO	<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA UND	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR UND <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____	<input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____
---------------	--	--	---	--

TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA _____	<input type="checkbox"/> PANTURRILHA _____
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO _____ TÉRMINO _____		

SERVICOS SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> LOCAL _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> Nº DE FRASCOS _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
----------------------	---	--	---	--



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



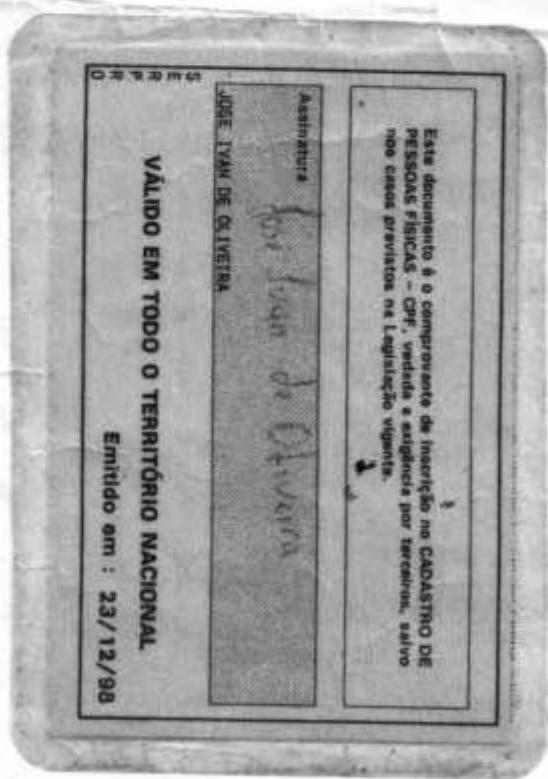
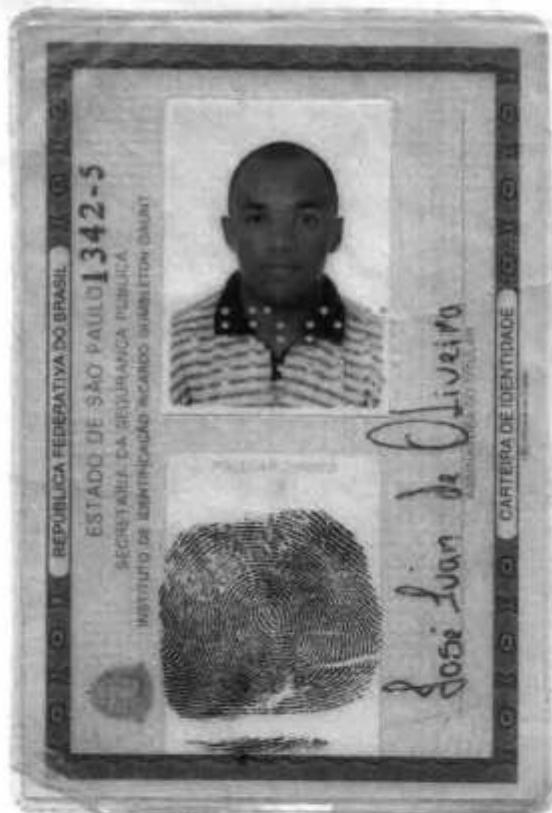
NOME:	Fábio Moreira Andrade		
HD:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA:	09/08/19		
	ALA	APTO	LETO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
1. DIETA LIVRE	10:00 AM		
2. JELCO SALINIZADO	10:00 AM		
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H	10:00 AM		
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H, SN	10:00 AM		
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	10:00 AM		
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	10:00 AM		
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS	10:00 AM		
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 1/2/12 H	10:00 AM		
9. SSVV+ CGGG	10:00 AM		
10. <del>Faz suspeita de infarto</del>	10:00 AM		
11. <del>estofato</del>	10:00 AM		
<i>Alho Moreira</i>			

U.F. PIAUÍ  
Orgão de Controle  
Operacional

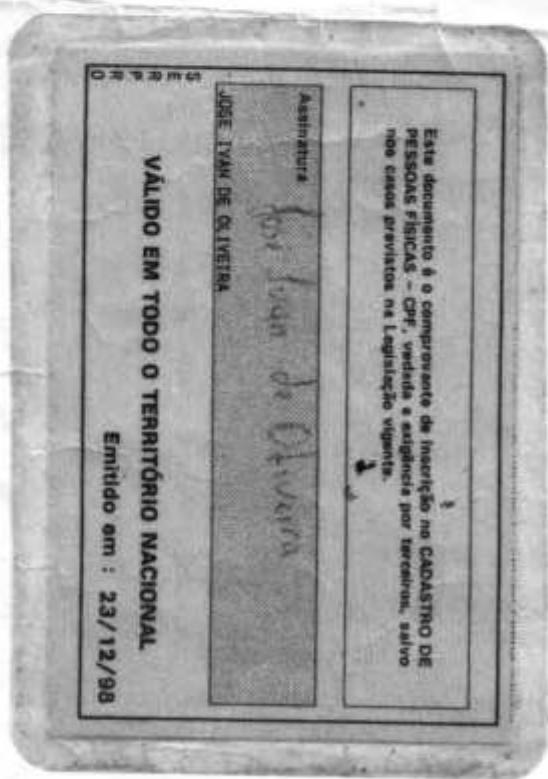
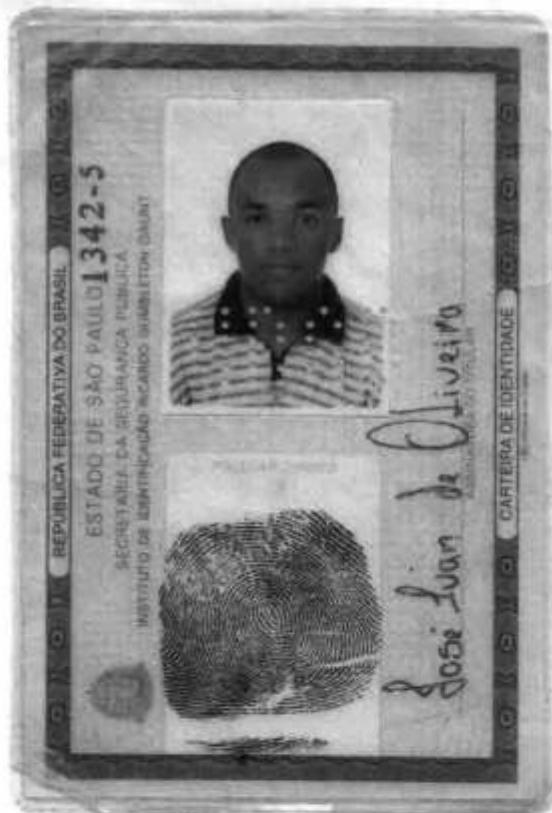


**B** CLÍNICA  
Antônio Bomfim









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N. T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00197243894		2016
NOME			
MARIA DO O SILVA			
*****			
CPF / CNPJ		PLACA	
27427625315		NMZ-3769	
PLACA ANTI / UF	CHASSI		
NMZ-3769	9C2JC41109R035527		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / M / PEGUELE / NENHUMA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 125 FAN KS	2009	2009	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0124CC	PARTICU	AZUL	
I P V A	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
			1º LPVA
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO			
SEM RESTRIÇÕES DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO NÃO VENCIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL	DATA		
VALença do PIAWI	21/09/2016		
Assinatura do Segurado			
DETAN - PI - 00197243894 - DETAN - PI			

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

PI Nº 012507995027 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

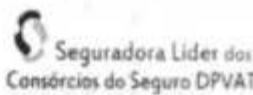
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2016	21/09/2016	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	27427625315	NMZ-3769
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00197243894	HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB.	DT. PAG.	NP CHASSI
2009	09	9C2JC41109R035527
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FBS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PRÉMIO PAGO (R\$)
000,00	000,00	292,01
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE OUTAÇÃO
21/09/2016		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DETAN

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383134/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Comprovantes de despesas médicas  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outras

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413535/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

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: 25/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190654855      **Cidade:** Valença do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA      **Data do acidente:** 03/08/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-5-15-23

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190654855      **Cidade:** Valença do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA      **Data do acidente:** 03/08/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RADIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P-5-15-23

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Teresa Maria da Conceição Silva

Nacionalidade: Brasileira		Estado Civil: Solteira	Profissão: Recusou
RG: 909.748	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 31/03/2016	CPF: 395.438.543-00
Endereço: Rua Adalberto Ilário de Moraes		72	Bairro: Urbano
Cidade: Valença		Estado: PI	CEP: 64300-000

## OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12/1998
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187
Cidade: Valença	Estado: PI	CEP: 64330-000

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. Teresa Maria da Conceição Silva

Local / data: Valença do Piauí- PI, 25 de Outubro de 2019

Teresa Maria da Conceição Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Euzebio Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64300-000 - Fone: (89) 3485-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENCA DO PIAUI-PI, 30/10/2019. Emol.:3,15 TJ:0,77 FRPP:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 Selo:abt.49130 (F180P20)

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa-ESCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

Escrivente Autorizada



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413535/19

**Vítima:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**CPF:** 395.438.543-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/08/2019

**Titular do CPF:** TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

### TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA : 395.438.543-00

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: 25/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190654855**

**Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

**Data do Acidente: 03/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190654855

Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002761-8

Conta: 000510006806-6

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.

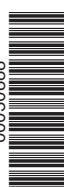
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva		
395.438.543-00				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva		6 - CPF: 395.438.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes	9 - Número: 72	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Urbano	12 - Cidade: Valença	13 - Estado: Pi	14 - CEP: 64300-000
15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (89)999260020	

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:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	_____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	_____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	_____
AGÊNCIA: 2761	AGÊNCIA: _____
8 CONTA: 510.006.806	CONTA: _____
6	6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu (nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____

40 - Local e Data, _____ Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:25:50  
27621933 0217

SAQUE DE POUPANÇA

CLIENTE: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO  
AGÊNCIA: 2761-8 CONTA: 510.006.806-6

=====

DATA	04/09/2019
NR. DOCUMENTO	276.100
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICAÇÃO B.553.593.7B9.F3B.6B2  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva		
395.438.543-00				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva		6 - CPF: 395.438.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes	9 - Número: 72	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Urbano	12 - Cidade: Valença	13 - Estado: Pi	14 - CEP: 64300-000
15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (89)999260020	

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:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	_____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	_____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	_____
AGÊNCIA: 2761	AGÊNCIA: _____
8 CONTA: 510.006.806	CONTA: _____
6	6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasceu (nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*2019-03-25* *maria da loura silva* *José Ivan de Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:25:50  
27621933 0217

SAQUE DE POUPANÇA

CLIENTE: TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO  
AGÊNCIA: 2761-8 CONTA: 510.006.806-6

=====

DATA	04/09/2019
NR. DOCUMENTO	276.100
VALOR TOTAL	

=====

NR. AUTENTICAÇÃO B.553.593.7B9.F3B.6B2  
LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.  
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.



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

1359 v. 1.1

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122451.001066/2019-04**

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Francisco Cleyton Mateus De Sousa

Data/Hora: 26/10/2019 - 11:44

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

55 73 90

Data/Hora

03/08/2019 - 15:57

Tipo Local

VIA PÚBLICA

55 73 92 - D

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Bairro

CENTRO

Endereço

RUA PRIMEIRO DE MAIO, PROX. À GRANJA MOREIRA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA.	CG 125 FAN KS		NMZ3769		00197243894	Azul

Condutor: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

End: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS Número: 72 Complemento: VALE VERDE

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Cliente das consequências civis e criminais, compareceu a esta Delegacia de Polícia para comunicar que no dia, hora e local acima mencionados, perdeu o controle de sua motocicleta, vindo a cair juntamente com sua companheira, a senhora Tereza Maria da Conceição Silva que, segundo registro de ocorrência -SAMU, RX punho direito e relatório cirúrgico, verificou-se fratura no "terço distal do rádio" do braço direito. OBS: condutor não habilitado. É o registro.

*Francisco Cleyton Mateus De Sousa*  
 Francisco Cleyton Mateus De Sousa - Mat.  
 AGENTE DE POL

*Antonio Virginio Ferreira Lopes*  
 ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES - Noticiante  
 Responsável pela Informação

*Luccy Reis Leal Parába*  
 Luccy Reis Leal Parába  
 Delegado Geral de Polícia CGP-PI  
 Mat.: 195.331-7

*Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa*  
 Selos abx.: 29982 (F180142) - Salões abx.: 29982 (F180142) - Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí  
 Rua Euzebio Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.306-000 - Fone: (86) 3469-1171  
 CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. SOU FE EM TEST. DA VERDADE.  
 VALENÇA DO PIAUÍ/PI, 29/10/2019

*Abelton*  
 SELO: 29982 (F180142)  
 Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCREVENTE  
 Emol.: 2,48 TJ: 0,50 FN: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,30  
 Selo: abx.29982 (F180142)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva		
395.438.543-00				

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva		6 - CPF: 395.438.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes	9 - Número: 72	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Urbano	12 - Cidade: Valença	13 - Estado: Pi	14 - CEP: 64300-000
15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (89)999260020	

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:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)  Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2761

8

CONTA: 510.006.806

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

8

CONTA: \_\_\_\_\_

8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (meio nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*José Ivan de Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva		
395.438.543-00				

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

5 - Nome completo: Teresa Maria Da Conceição Silva		6 - CPF: 395.438.543-00	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Adalberto Ilário De Moraes	9 - Número: 72	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Urbano	12 - Cidade: Valença	13 - Estado: Pi	14 - CEP: 64300-000
15 - E-mail: jose.ivan35@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (89)999260020	

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:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)  Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2761

8

CONTA: 510.006.806

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

8

CONTA: \_\_\_\_\_

8

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (meio nascido)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ Valença Do Piauí - PI, 25 De Outubro De 2019

*Teresa Maria Da Conceição Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192USBDATA: 03/08/19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Terezinha Maria da Conceição  
 SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE: 58 anos  
 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Rua 72 de Maio

CONTROLE DO TEMPO

Saída da Base	<u>15:57</u>	Chegada ao Local	<u>16:02</u>	Saída do Local	<u>16:05</u>
Chegada ao Hospital	<u>16:09</u>	Saída do Hospital	<u>16:21</u>	Chegada a Base	<u>16:27</u>

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- |                                |                            |                           |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| (X) Acidente de Trânsito       | ( ) Agressão Física        | ( ) Ferimento Arma Branca |
| ( ) Choque Elétrico            | ( ) Choque Elétrico        | ( ) Envenenamento         |
| ( ) Urgência Obstétrica        | ( ) Queda                  | ( ) Mal Súbito            |
| ( ) Urgência Pediátrica        | ( ) Queimadura             | ( ) Queda                 |
| ( ) Urgência Psiquiátrica      | ( ) Ferimento arma de fogo | ( ) Já Removido           |
| ( ) Afogamento                 | ( ) Urgência Clínica       | ( ) Falso Chamado         |
| ( ) Acidente animal peçonhento | ( ) Intoxicação Exógena    | ( ) Óbito                 |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- ( ) Alerta  
 (X) Responde ao Comando  
 ( ) Responde a Dor  
 ( ) Sem Resposta

PUPILAS

- ( ) Iguais  
 ( ) Desiguais

SANGRAMENTO

- (X) Ausente  
 ( ) Minímo  
 ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

FALA

- ( ) Normal  
 (X) Confusa  
 ( ) Nenhuma

PULSO RADIAL:

- ( ) Forte  
 ( ) Fraco  
 ( ) Ausente  
 ( ) Ausente  
 ( ) Leve  
 ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

SINAIS VITAIS	1 <sup>a</sup> Verificação	2 <sup>a</sup> Verificação
Hora		
P.A.	<u>13x90</u>	
Pulso	<u>57</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>7.21 mg/dl</u>	
Temperatura		

OBSERVAÇÕES:

Pct. feminino, 58 anos, vítima de acidente de trânsito, com suspeita de fratura de mão direita, fermeira, paciente consciente, orientada, não possui imobilização.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- |                             |                                  |                     |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| ( ) Aspiração               | ( ) Imobilização de extremidades | ( ) Ass. Obstétrica |
| ( ) Oxigênio                | ( ) Prancha                      | ( ) Hemostasia      |
| ( ) Reanimação Cardio-Resp. | ( ) Colar Cervical               | ( ) Curativo        |
| ( ) Ventilação Artificial   | ( ) KED                          |                     |
| (X) Monitorização           | ( ) Acesso Venoso-Solução        |                     |
| ( ) Outros                  |                                  |                     |

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- |                |                       |                                |
|----------------|-----------------------|--------------------------------|
| ( ) Melhora    | ( ) Severa Gravidade  | ( ) Indeterminado              |
| (X) Piorando   | ( ) Média Gravidade   | ( ) Óbito antes do Socorro     |
| (X) Inalterado | ( ) Pequena Gravidade | ( ) Óbito durante o socorro    |
| ( ) Coma       | ( ) Ileso             | ( ) Óbito durante o transporte |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Eusébio PontesCIDADE: Vila Brasil

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067  
 Profissional Receptor do Hospital

Léo - M1ª Maria FOX 818  
 Médico/Enfermeiro  
Cond. Koldene

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA CNPJ: 06553564001100  
AV SANTOS DUMONT,  
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000  
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369  
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0257695

Registro: 8973

Data: 03/08/2019

Hora: 16:11:00

Funcionário: ELDER

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 46

SUS

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009

End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Clinica: CLINICA GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Pal: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Procedimentos

Atendimento de URGÊNCIA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clinica/Exame fisico:

Alcoolizm.

TRAUMA MOTOCICLÍSTICO

Hora: \_\_\_\_:

Internação

Exames Complementares:

GATIGOM 85

Diagnóstico provável:

FMTRM NÁIOI ULM OIJAC D 7

Prescrição Médica:

- 1 TRAMT 50,ml - 2,0ml + 100ml SP 0,9% - LV - 32g/1l  
2 ALFINOMA 500,ml - 01 Amp - A7 - LV - 160ml  
3 VOLTAZOL 75g - 01 Amp - JM - 160ml  
4 CGG + JIW

16:35  
16:35

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:11:41

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA MOTOCICLÍSTICO

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 140X90 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: ENC CLINICO GERAL -

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA  
Enfermeiro Responsável

Hora:

Rafael Barbosa Vieira

Médico

CRM-PI 6057

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA  
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000510006806-6

---

Nr. da Autenticação C0677E50657982BE



Para contato  
contácte-nos, informe  
nossa NÚMERO!

SEM CÓDIGO  
0755652-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 10.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série 6-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/DE/PI

Nº da Nota Fiscal 024977587

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\$)
JULHO/2019	01-08-2019	99	98,85

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA R. ADALBERTO ILARIO DE MORAIS 72 195 B-URBANO CPF: 00039543854300 CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI	ROT: 38.750.18.22.741400
DADOS DA LEITURA	
Atual: 11876	Atual: 25/07/2019
Anterior: 11777	Anterior: 25-06-2019
Constante de Multiplicador:	Próxima Leitura: 26-08-2019
Consumo Médio: 99	Emissão: 24-07-2019
Consumo Faturado: 99 F.CAM	Apresentação: 25-07-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL	Ligação: MONO Número Medidor: A763644 Período: Código Faz.: 1.1.1.1 Média 12 meses: 123
HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA
JUN/19 113	CONSUMO 99 A R\$ 0,873853 = 86,51
MAI/19 114	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,20
ABR/19 109	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 0,91-
MAR/19 141	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X) 0,63
FEV/19 99	MULTA POR ATRASO (2X) 3,97
JAN/19 121	JUROS POR ATRASO (2X) 1,45
DEZ/18 141	ADICIONAL BANDEIRA AHARELA - 1,23
NOV/18 172	
OUT/18 173	
SET/18 120	
VALOR TOTAL:	
0 H 99 - 0,873853	

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24-07-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Verifique se seu endereço de e-mail está correto. Caso contrário, entre em contato com a Equatorial Energia.

RESERVADO AO FISCO BBEB.9FF2.AC38.27E5.F995.93A7.9709.D642

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
18,20	86,51	67,47
Distribuição: 35,13	Base de Cálculo: 22,00%	
Energia: 5,94	Aliquota ICMS: 19,03	
Transmissão: 2,90	Valor do ICMS: 1,40%	0,94
Encargos: 24,34	Valor do PIS: 6,45%	4,37
Tributos:	Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	INC		PIC		DNIC		DNRI
	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal
Saldo:	7,27	14,53	29,00	3,68	7,35	14,70	4,14
Recebido:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Periodo de geração: 05/2019 Valor: 40,36

01: 38.750.18.22.741400



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

### Fatura Mensal

Matrícula	Hidrômetro	Referência																																				
1735348-3	A18N078052	OUT/2019																																				
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 AG= 67																																						
Situação Agua/água	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.																																				
3/1	1																																					
Inscrição 113 2 07 0573 0171-000																																						
Data Vencimento da Fatura		Dias Contados																																				
12/09/2019		14/10/2019 32																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico de Consumo</th> <th>Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th>Mês</th> <th>Letras</th> <th>Consumo</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/19</td><td>13</td><td>1</td><td>FATURADO P/ HININO DA LIGACAO</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>15</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>06/19</td><td>17</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>07/19</td><td>19</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>08/19</td><td>23</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>09/19</td><td>26</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>10/19</td><td>30</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table>			Histórico de Consumo			Forma de Faturamento	Mês	Letras	Consumo		04/19	13	1	FATURADO P/ HININO DA LIGACAO	05/19	15	2		06/19	17	2		07/19	19	2		08/19	23	4		09/19	26	3		10/19	30	4	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento																																			
Mês	Letras	Consumo																																				
04/19	13	1	FATURADO P/ HININO DA LIGACAO																																			
05/19	15	2																																				
06/19	17	2																																				
07/19	19	2																																				
08/19	23	4																																				
09/19	26	3																																				
10/19	30	4																																				
DESCRITIVO DA FATURA																																						
Cod.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																				
	AGUA	31,3																																				
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,6																																				
	JUROS DE HORA 001/001	0,6																																				
	HANUTENCAO HIDROMETRO	1,6																																				

21/10/2019 34,32

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1. VALOR: R\$32,97  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE AMOSTRAS DE ÁGUA COMUNS P/ ÁGUA DE CONSUMO							
Perímetros	Perímetro	Dir.	Dir.	Fl.	Fl.	Áreas	Áreas
Valor Máximo Permitido:	5,0	4,	5,0	5,0+3,5	4,3	Assente	Assente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	0,70	1,40	7,13	0,00	0,00		
Valor Médio							
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
MENSAGEM							
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE Z VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.							

Matrícula	Inscrição	Referência
1735348-3	113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
Res.		
1		
Categorias de Uso		
Com. Ind. Pub.		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
21/10/2019	34,32	
8.2610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7		





Para contato  
contácte-nos, informe  
nossa NÚMERO!

SEM CÓDIGO  
0755652-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 10.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série 6-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/DE/PI

Nº da Nota Fiscal: 024977587

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\$)
JULHO/2019	01-08-2019	99	98,85

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA R. ADALBERTO ILARIO DE MORAIS 72 195 B-URBANO CPF: 00039543854300 CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI	ROT: 38.750.18.22.741400
DADOS DA LEITURA	
Atual: 11876	Atual: 25/07/2019
Anterior: 11777	Anterior: 25-06-2019
Constante de Multiplicador:	Próxima Leitura: 26-08-2019
Consumo Médio: 99	Emissão: 24-07-2019
Consumo Faturado: 99 F.CAM	Apresentação: 25-07-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL	Ligação: MONO Número Medidor: A763644 Período: Código Faz.: 1.1.1.1 Média 12 meses: 123
HISTÓRICO kWh	
Mês/ano consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA
JUN/19 113	CONSUMO 99 A R\$ 0,873853 = 86,51
MAI/19 114	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,20
ABR/19 109	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 0,91-
MAR/19 141	CORRECAO MONETARIA IGPH (2X) 0,63
FEV/19 99	MULTA POR ATRASO (2X) 3,97
JAN/19 121	JUROS POR ATRASO (2X) 1,45
DEZ/18 141	ADICIONAL BANDEIRA AHARELA - 1,23
NOV/18 172	
OUT/18 173	
SET/18 120	
VALOR TOTAL:	
0 H 99 - 0,873853	

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24-07-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Verifique se seu endereço de e-mail está correto. Caso contrário, entre em contato com a Equatorial Energia.

RESERVADO AO FISCO BBEB.9FF2.AC38.27E5.F995.93A7.9709.D642

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
18,20	86,51	67,47
Distribuição: 35,13	Base de Cálculo: 22,00%	
Energia: 5,94	Aliquota ICMS: 19,03	
Transmissão: 2,90	Valor do ICMS: 1,40%	0,94
Encargos: 24,34	Valor do PIS: 6,45%	4,37
Tributos:	Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	INC		PIC		DNIC		DNRI
	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal
Saldo:	7,27	14,53	29,00	3,68	7,35	14,70	4,14
Recebido:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conselho NOVO ORIENTE				Periodo de referência:	05/2019	Saldo:	40,36

01: 38.750.18.22.741400



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

### Fatura Mensal

Matrícula	Hidrômetro	Referência																																				
1735348-3	A18N078052	OUT/2019																																				
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 AG= 67																																						
Situação Agua/água	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.																																				
3/1	1																																					
Inscrição 113 2 07 0573 0171-000																																						
Data Vencimento da Fatura		Dias Contados																																				
12/09/2019		14/10/2019 32																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico de Consumo</th> <th>Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th>Mês</th> <th>Letras</th> <th>Consumo</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/19</td><td>13</td><td>1</td><td>FATURADO P/ HININO DA LIGACAO</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>15</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>06/19</td><td>17</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>07/19</td><td>19</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>08/19</td><td>23</td><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>09/19</td><td>26</td><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>10/19</td><td>30</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table>			Histórico de Consumo			Forma de Faturamento	Mês	Letras	Consumo		04/19	13	1	FATURADO P/ HININO DA LIGACAO	05/19	15	2		06/19	17	2		07/19	19	2		08/19	23	4		09/19	26	3		10/19	30	4	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento																																			
Mês	Letras	Consumo																																				
04/19	13	1	FATURADO P/ HININO DA LIGACAO																																			
05/19	15	2																																				
06/19	17	2																																				
07/19	19	2																																				
08/19	23	4																																				
09/19	26	3																																				
10/19	30	4																																				
DESCRITIVO DA FATURA																																						
Cod.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																				
	AGUA	31,3																																				
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,6																																				
	JUROS DE HORA 001/001	0,6																																				
	HANUTENCAO HIDROMETRO	1,6																																				

21/10/2019 34,32

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1. VALOR: R\$32,97  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE AMOSTRAS DE ÁGUA COMUNS P/ ÁGUA DE CONSUMO							
Perímetros	Perímetro	Dir.	Dir.	Fl.	Fl.	Áreas	Áreas
Valor Máximo Permitido:	5,0	4,	5,0	5,0+3,5	4,3	Assente	Assente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	0,70	1,40	7,13	0,00	0,00		
Valor Médio							
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
MENSAGEM							
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE Z VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.							

Matrícula	Inscrição	Referência
1735348-3	113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
Res.		
1		
Categorias de Uso		
Com. Ind. Pub.		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
21/10/2019	34,32	
8.2610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7		

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 José Ivan de Oliveira inscrito (a) no CPF 411 758 243 , 72  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Teresinha Manjins da Conceição Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Teresinha Manjins da Conceição Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, 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		Número	Complemento
RUA ANTONINO DE SOUSA MANJINS		187	CASA
Vale Vende	Valença	PI	64300-000
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
joao.ivan35@hotmail.com		(88) 994122206	999260020

Valença - PI , 30 de Outubro de 2019  
Local e Data

José Ivan de Oliveira  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 José Ivan de Oliveira inscrito (a) no CPF 411 758 243 , 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Teresa Mania da Conceição Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Teresa Mania da Conceição Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543/00, 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	RUA ANTONINO DE SOUSA MANTINS	Número	187	Complemento	CASA
Bairro	Vale Verde	Cidade	Valença	Estado	PI
Email	joao.ivan35@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	(88) 994122206	Telefone celular (DDD)	999260020

Valença-PI, 30 de Outubro de 2019  
Local e Data

José Ivan de Oliveira  
Assinatura do Declarante



Valença do Piauí

"Na natureza Piauí, tu és o coração"

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192USBDATA: 03/08/19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE:

SEXO: ( ) MASC. (X) FEM. IDADE:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

Terezinha Maria da Conceição  
58 anos  
Rua 72 de MaioCONTROLE DO TEMPO

Saída da Base	<u>15:57</u>	Chegada ao Local	<u>16:02</u>	Saída do Local	<u>16:05</u>
Chegada ao Hospital	<u>16:09</u>	Saída do Hospital	<u>16:21</u>	Chegada a Base	<u>16:27</u>

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- (X) Acidente de Trânsito      ( ) Agressão Física      ( ) Ferimento Arma Branca  
 ( ) Choque Elétrico      ( ) Choque Elétrico      ( ) Envenenamento  
 ( ) Urgência Obstétrica      ( ) Queda      ( ) Mal Súbito  
 ( ) Urgência Pediátrica      ( ) Queimadura      ( ) Queda  
 ( ) Urgência Psiquiátrica      ( ) Ferimento arma de fogo      ( ) Já Removido  
 ( ) Afogamento      ( ) Urgência Clínica      ( ) Falso Chamado  
 ( ) Acidente animal peçonhento      ( ) Intoxicação Exógena      ( ) Óbito

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ( ) Alerta      ( ) Iguais      ( ) Ausente      ( ) Normal  
 (X) Responde ao Comando      ( ) Desiguais      ( ) Mínimo      ( ) Confusa  
 ( ) Responde a Dor      ( ) Moderado      ( ) Moderado      ( ) Nenhuma  
 ( ) Sem Resposta      ( ) Intenso      ( ) Intenso

PUPILASSANGRAMENTOFALA

SINAIS VITAIS	1 <sup>a</sup> Verificação	2 <sup>a</sup> Verificação
Hora		
P.A.	<u>132/90</u>	
Pulso	<u>37</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O <sub>2</sub>	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>7.0 mg/dl</u>	
Temperatura		

PULSO RADIAL:

- ( ) Forte      ( ) Ausente  
 ( ) Fraco      (X) Leve  
 ( ) Ausente      ( ) Moderado  
 ( ) Intenso

OBSERVAÇÕES:

Pct. Viminosa, 58 anos, vítima  
de mal dizer de trânsito, atropelada  
com suspeita de fratura de mão direita  
norma vital ausente, orientada mas acima da normalidade.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ( ) Aspiração      ( ) Imobilização de extremidades      ( ) Ass. Obstétrica  
 ( ) Oxigênio      ( ) Prancha      ( ) Hemostasia  
 ( ) Reanimação Cardio-Resp.      ( ) Colar Cervical      ( ) Curativo  
 ( ) Ventilação Artificial      ( ) KED  
 (X) Monitorização      ( ) Acesso Venoso-Solução  
 ( ) Outros

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- (X) Melhorando      ( ) Severa Gravidade      ( ) Indeterminado  
 ( ) Piorando      ( ) Média Gravidade      ( ) Óbito antes do Socorro  
 ( ) Estacionado      ( ) Pequena Gravidade      ( ) Óbito durante o socorro  
 ( ) Coma      ( ) Nexo      ( ) Óbito durante o transporte

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PACIENTE ACOMPANHADO: ( ) SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Luziânia PonteiraCIDADE: LuziâniaDr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 15067

Profissional Receptor do Hospital

Terezinha Maria JPK 8  
Médico-Enfermeiro  
Cond. - Kildene

Atendimento: P0257695 Registro: 8973  
 Data: 03/08/2019 Hora: 16:11:00  
 Funcionário: ELDER Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
**SUS**

**Senha 46**

**TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA**

Nasc.: 14/10/1960 Idade: 58 ANOS, 9 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR

End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE

Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

CPF: 395.438.543-00 - RG: 909748 - SUS: 209545734250009

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clinica/Exame fisico:**

ALCOOLIZADA.

TRAUMA MOTOCICLISTICO

Hora: \_\_\_\_:

Internação

**Exames Complementares:**

GLAUCOMA AS

**Diagnóstico provável:**

FRATURA NÁOIO / ULNA DISTAL D?

**Prescrição Médica:**

- ① TRAMAL 50,0ML - 2,0ML + 100ML SF 0,9% - BV - 30g/1L
- ② DIFENOX 500,0ML - 01 Amp + AD - BV - 160ml
- ③ VOLTAREN 75,0 - 01 Amp - 3ml - 160ml
- ④ CCCG + JWW

10/16:35  
10/16:35

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 16:11:41

**Prioridade:**

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

**Queixa/História:** TRAUMA MOTOCICLISTICO

**Alergias:**

**Medicação Usual:**

PA: 140X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduita:** ENC CLINICO GERAL

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA  
 Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia

**Destino:**

Dr. Rafael Barbosa Vieira

Médico

CRM-PI 6067

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SI  
Idade: 58a 11m 25d  
Data: 09/10/2019  
Solicitante: LUCIANO SILVA CORTEZ  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 6577



---

**RX PUNHO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

**Grafiias realizadas através de aparelho gessado, evidenciam:**

- Material metálico de síntese fixando fratura no terço distal do rádio.
- Fratura em consolidação no terço distal da ulna.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
<i>Teresa Maria da Conceição Silva</i>				<i>03/06/29</i>		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>02</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	<i>02</i>			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
Antibiotico + Tolosa 500 ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
ONDA VESICAL				<i>Operação de colostomia</i>		
COLETOR DE URINA				<i>Cirurgião Dr. Ronald</i>		
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			<i>Auxiliar</i>		
ATADURA COM CREPOM	<i>03</i>			<i>Anestesista Dr. Henrique</i>		
ATADURA GESSADA				<i>Tipo de Anestesia Sedação</i>		
ATROPINA				<i>Instrumentador</i>		
KETALAR				<i>Ocorrências</i>		
DIMORF						
NEOCAINA PESADA						
LIDOCAINA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL <i>hexometeserina 01</i>	<i>02</i>		<i>OK</i>			
DIPIRONA	<i>02</i>					
CEFAZOLINA <i>Cefalotina 500 mg 02 (7.00)</i>						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINA A						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE <i>Gaze</i>			<i>04 Pcs</i>			
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE <i>Eu de Kichener 2.5 (02)</i>						
ESPARADRAGO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	<i>05</i>					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						
MÉDICO: <i>Dr. Ronald</i>						
ENFERMEIRA(O): <i>Erica</i>						
TÉC. ENFER: <i>Fernanda</i>						

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

**FICHA DE ANESTESIA**

NOME DO PACIENTE: <i>ANNA MARIA DE JESUS DA SILVA</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>25/05/18</i>		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE		GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL		CORICOIDES			ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
RÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO ÀS			EFEITOS		
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO. UTO	500					
	SANGUE	300					
	OUTROS	100					
						SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
P. ARTERIAL V O PULSO	36	2					
		200					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		180					
		160					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140					
		120					
RESPIRAÇÃO O		100					
		80					
SÍMBOLOS							DURAÇÃO <i>0h15m</i>
TÉCNICAS <i>GA</i>							INCIDENTE / ACIDENTE <i>Saiu da maca</i>
OPERAÇÕES <i>Extensão de punho</i>							
CIRURGIÕES <i>Fernando</i>							
ANESTESISTAS <i>Domingos 5463</i>							
							CONDIÇÕES PÓS-ÓPERATÓRIAS IMEDIATAS:
PARTICULARIDADES							

Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 / 1610 CEP:64601-391 - Picos-PI  
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -CCIH

### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE:	Idade:	
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSITENTE:		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA):	Cefalotina 1g	
FUNCTION DO TRATAMENTO:	Três dias	
JUSTIFICATIVA:	Paciente com infecção da via aérea	
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:	PERÍODO:	

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 03 / 08 / 19

MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CCIH

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CCIH

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

## ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE Tereza Maria de Lourdes Silveira  
ALA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO N°: \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA -  
201908031127493  
STATUS: REGULADA

## Informações Gerais

- Paciente:** TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí. Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
- Leito:** Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)
- Class. Risco:** Muito urgente

## VISÃO GERAL

### **Estab. Solicitante**

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

### **Médico Solicitante**

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

### **Usuário Solicitante**

Usuário Padrão

### **Senha**

201908031127493

  
Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067

### **Observação Solicitante**

; RAFAEL BARBOSA VIEIRA em 03/08/2019 16:46

  
Djane Maria Barbosa da Silva  
Enfermeira  
COREN-PI 21791

### **Observação Executante**

; Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41

### **Caráter**

Urgência

### **Tipo de Leito**

Ortopedia e Traumatologia

### **CIDs**

Fratura do antebraço, parte não especificada

### **Procedimentos**

### **Descrição Clínica**

Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF: Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / SatO2 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.

### **Protocolo de Atendimento**

Pressão Sistólica: 140

Pressão Diastólica: 90

Saturação (%): 96

Exaquação Cardíaca (bpm): 72

## VISÃO GERAL

## Informações Gerais

<b>Paciente:</b> TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA - 209545734250009 - 14/10/1960 (58 anos), Valença do Piauí, Mâe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO	<b>Estab. Solicitante</b>	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
	<b>Médico Solicitante</b>	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
	<b>Usuário Solicitante</b>	Usuario Padrão
	<b>Senha</b>	201908031127493
<b>Leste:</b> Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)	<b>Observação Solicitante</b>	
<b>Class. Risco:</b> Muito urgente	<b>Observação Executante</b>	Djane Maria Barbosa da Silva em 03/08/2019 16:41
	<b>Caráter</b>	Urgência
	<b>Tipo de Leito</b>	Otorpedeia e Traumatologia
	<b>CIDs</b>	Fratura do antebraço, parte não especificada
	<b>Procedimentos</b>	
	<b>Descrição Clínica</b>	Paciente, 58 anos, vítima trauma motociclistico evolui com ALGIA e EDEMA PUNHO/ MÃO D. Ao EF Glasgow 15 / PA: 140 x 90 / Sat02 96% / FC: 72bpm. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RÁDIO DISTAL D. O aparelho de Rx da unidade encontra-se defeituoso.
	<b>Protocolo de Atendimento</b>	
	Pressão Sistólica: 140	
	Pressão Diastólica: 90	
	Saturação (%): 96	
	Frequência Cardíaca (bpm): 72	
	Frequência Respiratória (rpm): 16	
	Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15	
	Assistência Ventilatória: nao_fat_uso	

## Observações

## Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 16:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

Nível de Consciência (Escala de coma de Glasgow): 15

Assistência Ventilatória: nao\_faz\_uso

**Observações****Atualizações no Fluxo**

Data	Usuário	Status	Motivo
03/08/2019 16:46	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
03/08/2019 16:41	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
03/08/2019 16:39	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
03/08/2019 16:38	Danubia de Sousa Brandão - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
03/08/2019 16:21	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	

# HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI

Telefone: (89) 3422-1314 , FAX: (89) 3422-1314

CNPJ: 06.553.564/0102-81, E-mail: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0125960



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Sexo: FEMININO

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Idade: 58 A 9 M, 20 D

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Impresso: 05/08/2019

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,81 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	12,3 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,8 %	40 a 52 %
VCM	96,59 u <sup>3</sup>	80 a 100 u <sup>3</sup>
HCM	32,28 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,42 %	31 a 36 %

### OBSERVAÇÕES

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000/mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	00 %	0
BASTONETES	00 %	0
SEGMENTADOS	70 %	5,88
BASÓFILOS	00 %	0
EOSINÓFILOS	02 %	0,168
LINFÓCITOS	23 %	1,932
MONÓCITOS	05 %	0,42
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	321,000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /µL

### OBSERVAÇÕES

#### OBSERVAÇÃO GERAL:

Coletado: 05/08/2019 - 10:54:00

Liberado: 05/08/2019 - 11:29:24



Piauí



**FEPISEH**  
Fundación Empresas y Sociedad  
de Servicios al Desarrollo



Sistema  
Único de  
Saúde



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

#### **ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO**

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Terezinha Maria da Conceição Silveira Prontuário: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: M (F:)

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Data Cirurgia: 08/08/19



Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

Sim

O local está demarcado?

Sim

Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

Sim

Paciente possui:

Alergia conhecida?

Sim

Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

Não

Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml

(7ml/kg para crianças)?

Não

Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim

Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?  
Qual duração do caso?

Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há algumas preocupações especificamente relacionadas ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não aplicável

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

TERESA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20954573425009

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

12 - ENDEREÇO

VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VALença DO PIAUÍ

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1960

9 - SEXO

Masc.  Fem.  X 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

416554

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9993-94302

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL    22 - CID SECUNDÁRIO    23 - CAUSAS ASOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 08 02 04

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS (x) CPF

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 -

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNAE EMPRESA

41 -

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220800C'1

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Osvaldo Alves Costa  
Médico Auditor SMS - Picos  
Cartão SUS 100.590.547.830.000  
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31

Assinatura paciente/Responsável

Vila Encantado Nascimento



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Teresa Maria da Conceição Silva	SEXO	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO	416 554	CONVÉNIO	SUS	DATA 08/08/2019 HORA

## DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fratura de rádio distal ♂

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

DATA	08/08/19	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	Intervenção	CIRURGIA REALIZADA	Anesia
Clínica de Fratura			
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REITERNAÇÃO		
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

## DESCRÍCÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

oriento e direito dorsal sob anestesia tópica  
 Antibiotico + oxitocina de 1000 UI intravenosa  
 ③ Radiografias + Rx com laje plástica Cifra  
 ② Artroscopia Cirúrgica  
 ③ Anel de imobilização

## INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAI'S:		Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTese/TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:
---------------------	--	---------------------------------------

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		
CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184  
PICOS/PI

Nº AIH

FRAN

Atendimento	1062778
Data:	03/08/2019
Hora:	23:33

## BOLETIM DE ADMISSÃO

416554 - TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

VIUVO(A) - Sexo: FEMININO - Nascimento: 14/10/1960 - Cor/Raça: 03-PARDA

58 A,9 M,20 D

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F

Leito: C14/68 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4602 - FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

CPF:395.438.543-00

RG: 909748

CNS:209545734250009

SIS Prenatal:

Endereço: VALE VERDE, N° 0 - CEP: 64300-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2211308- VALENCA DO PIAUI/PI

Profissão:

Telefone: (89) 9993-94302

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Responsável: ROSANGELA FERREIRA DO NASCIMENTO - 89999394302 - AMIGA

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### Resultado

Curado  
 Melhorado  
 Inalterado  
 Piorado

Removido  
 Pedido  
 Evasão  
 Indisciplina

-48 Horas  
 +48 Horas  
 Óbito

Transferido \_\_\_\_\_

### História Clínica

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO

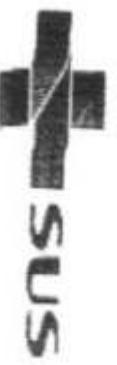


SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
CULTURA PIAUÍ



GIOVANNI  
ESPIONA

NOME:	ALA C	APTO C21	J4	LEITO	7,2	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
DATA:	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO					OBSEVAÇÕES
1. DIETA LIVRE						
2. JELCO SALINIZADO						
3. DIPIRONA 1 G + AD, IV 6/6 HORAS S/N						
4. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE, PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG						
5-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML, EV 8/8 HORAS S/N	2xJ					
6-TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N	2xJ					
7-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N	2xJ					
8-OMEPRAZOL 40MG, VO, PELA MANHA						
9-SSVV + CCCG						



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: HD:	ALAC / 4	APTO	LEITO	R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		OBSERVAÇÕES		
DATA: 05 / 08 / 2019				
1. DIETA LIVRE				
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180 ORJ PAD>100 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PEI,A MANHA				
9. SSVV + CCGG				
<i>Medicamentos recetados</i>				
<i>Quaisquer alterações devem ser feitas</i>				
<i>Assinatura:</i>				
<i>Nome:</i>				



SESAPI

SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



222

NOME : <b>Rita Mous</b> ID: <b>123456789</b>		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
DATA: <b>06 / 08 / 2019</b>		PREScrição MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA LIVRE					
2. JEJICO SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MM/HG					
4. DIPIRONA 01G + AD EV 6/6 h S/N					
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N					
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N					
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H					
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA					
9. SSVV + CCGG					



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



22

NOME: TERZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA HD: FX DO RÁDIO DISTAL	ALAC	ENF 14	LEITO 72	R. MET.
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
<b>PREScrição MÉDICA</b>			HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	
DATA: 07/08/2019			OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO HIDROLISADO				
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS				
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)				
5 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)				
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)				
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG				
8. SSVV + CCGG				
9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
<i>Dr Francisco José da Cunha Ginecologista e Endocrinologista Cidade São Paulo 10114-000</i>			<i>10/08/2019</i>	



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



222  
GOVERNOR  
IXHUAU

NOME:	ALAC	APTO	LETO	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 08 / 08 / 2019				
1. DIETÁ LIVRE	Lixo			
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180 OU PAD>100 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATHI 40MG + AD EV 12/12H				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA				
9. SSVV + CCGG				
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES			
1	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
2	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
3	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
4	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
5	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
6	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
7	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
8	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			
9	Paciente internado à noite com dor abdominal intenso. Fazendo uso de analgésicos. Nas últimas horas sente-se melhor. Deve ser observado até o amanhecer.			

REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

Fernandes

SALA N°

CIRCULANTE	INÍCIO DA ANESTESIA: 16 : 50	INÍCIO DA CIRURGIA 17 : 00
ENTRADA NA SO		
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA:		
CIRURGIA REALIZADA		
CIRURGIÃO	ANESTESILOGISTA	Dra. Daniela INSTRUMENTADOR
ASSISTENTES: 1º	CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PLACA DE BISTURI ELÉTRICO</li> <li>[ ] ELÉTRODOS</li> <li>++ INCISÃO CIRÚRGICA</li> <li>OXIMETRIA DE PULSO</li> <li>▲ PANI</li> </ul>
		PA 138x62 SATO 100 / FC 99 bpm PA 138x62 SATO 91 / FC 98 bpm

TIPO DE ANESTESIA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBILBAR 1 ml com 0,5% lidocaina <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA V/100 ml com 0,5% lidocaina <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA		<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA	<input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEM CATETER
	<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEA N° _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA	<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENDLEMBURG
--------------------------	---	--	---	--	---------------------------------------

PREPARO DA PELE	<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO <input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA <input type="checkbox"/> REALIZADA POR EQUIPE MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
-----------------	---	---	---

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR mg/dl	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> OUTROS _____
--------------------------	---	---	---	--	---------------------------------------

GARROTEAMENTO	<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL N° _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY N° _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA UND	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR UND <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO N° _____	<input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> JELCO N° _____
---------------	--	--	---	--

TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO	<input type="checkbox"/> COXA _____	<input type="checkbox"/> PANTURRILHA _____
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO _____ TÉRMINO _____		

SERVICOS SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> LOCAL _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> Nº DE FRASCOS _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
----------------------	---	--	---	--



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME:	Fábio Moreira Andrade		
HD:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA:	09/08/19		
	ALA	APTO	LETO
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
1. DIETA LIVRE	10:00 AM		
2. JELCO SALINIZADO	10:00 AM		
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H	10:00 AM		
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H, SN	10:00 AM		
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	10:00 AM		
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	10:00 AM		
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS	10:00 AM		
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 1/2/12 H	10:00 AM		
9. SSVV+ CGGG	10:00 AM		
10. Faz suspeita de infarto	10:00 AM		
11. cefotaxima 1g + Ad vo 2/24	10:00 AM		
<i>Alho Moreira</i>			

Dr. RONALDO  
Oncologista



**B** CLÍNICA  
Antônio Bomfim