

H | **R**
E | **P**

SUS

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 fizeram necessário que a Sra. Teresa Maria da Conceição Silva realize tratamento fisioterapêutico no ambulatório do HREP para reabilitação de punho e mão D após fratura do rádio e do ulna distal. A mesma paciente sendo submetida a cirurgia aberta com fixação das fraturas com pinos metálicos. Após tratamentos fisioterapêuticos a mesma recebeu alta na presente data.

VALENÇA - PI

Data: 22/11/2019

Fúlio Rebelo

CREFITO: 70385-F

Fisioterapeuta

Médico - CRM

VACINE SEU FILHO AGORA, PARA NÃO SE ARREPENDER DEPOIS

USB

DATA: 03.08.19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Tereza 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
 () Mínimo
 () Moderado
 () Intenso

FALA

- () Normal
 (X) Confusa
 () Nenhuma

PULSO RADIAL:

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

SINAIS VITAIS	1ª Verificação	2ª Verificação
Hora		
P.A.	<u>138/90</u>	
Pulso	<u>57</u>	
Respiração	<u>20</u>	
Saturação O ₂	<u>98%</u>	
Glic. Capilar	<u>121mg/dl</u>	
Temperatura		

OBSERVAÇÕES:

Det. Vítima, 58 anos, vítima de acidente de trânsito ocorrido com suspensão de trânsito de mão direita, permanecendo imóvel, com lesões em membros inferiores.

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 | | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------------|
| (X) Melhorando | () S) Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Piorando | () M) Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| () Estabilizado | () P) Pequena Gravidade | () Óbito durante o socorro |
| () Coma | () I) Ileso | () Óbito durante o transporte |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PACIENTE ACOMPANHADO: () SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Hospital de Referência

CIDADE: Valença
 Dr. Rafael Barbosa Vieira
 Médico
 CRM-P15067
 Profissional Receptor do Hospital

Tereza Maria da Conceição
 Médica/Enfermeira
 Cond. - Kulture

Atendimento: P0257695
Data: 03/08/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 8973
Hora: 16:11:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 46

SUS

TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

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

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

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

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

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

ALCOOLIZM.

TRAUMA MOTOCICLISTICO

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

64260W AS

Diagnóstico provável:

FRATURAS MÚLTIPLAS DE MÃO E PÉ

Prescrição Médica:

① TRAMAL 50mg/ml - 2,0ml + 100ml SF 0,9% - EV - 32gtid

② DIPLOMA 500mg/ml - 0,1 Amp + AN - EV - 160W

③ VOLTAREN 75 - 0,1 Amp - IM - 160W

④ CCG6 + JJJW

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 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: 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

TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

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:

Grafias 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
Tereza Maria da Conceição Silva				08/08/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>		
SERINGA 5 ML 10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>		
SERINGA 20 ML	02			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		
Defermante + Solução 400ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO Interação de sala de sala		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO Dr. Ronaldo		
ESCOVA COM DEGERMANTE	03			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM	03			ANESTESISTA Dr. Almeida		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA Sedação		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL (exometazona) 01						
DIPIRONA 02						
CEFAZOLINA (Cefazolin) 02 17:00						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINAA						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE - Gaze						
CLAMP UMBILICAL	04 R +					
PULSEIRA RN						
GAZE - Dr. de Kichener	2,5 (02)					
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	05					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: Dr. Ronaldo
ENFERMEIRA(O):
TÉC. ENFER: Fernanda

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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Adriana Maria da R. R. R.</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>09/05/18</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
RE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100				
TEMPERATURA T	Cº	280 240 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INICIO E FIM ANESTESIA X						
INICIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <u>01 hora</u>	
TÉCNICAS <u>Sedação</u>					INCIDENTE / ACIDENTE <u>Sem intercorrência</u>	
OPERAÇÕES <u>Exatidão de punção</u>						
CIRURGIÕES <u>Fernando</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. R. R. R. 5463</u>						
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS 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: <u>Gláucia Maria da Conceição Lima</u>		IDADE: _____
PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA: <u>14</u>	LEITO: <u>72</u>
MÉDICO ASSISTENTE: _____		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <u>Cefotima 1g</u>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <u>7 dias</u>		
JUSTIFICATIVA: <u>1º episódio de síndrome de risco de sepse</u>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	() SIM	() NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	() SIM	() NÃO
REALIZOU CULTURA:	() SIM	() NÃO
RESULTADO: _____		

ANTIBIOGRAMA	
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 09/08/19

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 Conceição Silva*

ALA:

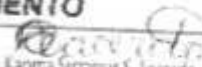
ENFERMARIA:


LEITO:


PRONTUÁRIO Nº:

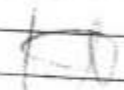
DATA

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

04/06/19 *Atendimento nutricional realizado* 
 NUTRICIONISTA
CRN- 10265

05/06/19 *Atendimento nutricional realizado* 

06/06/19 *Atendimento nutricional realizado* 

07/06/19 *Atendimento nutricional realizado* 

08/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

09/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

10/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

11/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

12/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

13/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

14/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

15/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

16/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

17/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

18/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

19/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

20/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

21/06/19 *Atendimento nutricional realizado*

REQ. 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

Observação Solicitante

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

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




Frequência Cardíaca (bpm): 72

Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6057

Lina Kelly Silva
Enfermeira
COREN-PI 227 791

VISÃO GERAL

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/3T)
-  Class. Risco: Muito urgente

Estab. Solicitante	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
Médico Solicitante	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Usuário Solicitante	Usuário Padrão
Senha	201908031127493
Observação Solicitante	
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 Frequência Cardíaca (bpm): 72 Frequência Respiratória (rpm): 16 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 15:41	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: E0125950



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Sexo: FEMININO

Idade: 58 A 9 M 20 D

Impresso: 05/08/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

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

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
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 /mm³ 150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

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



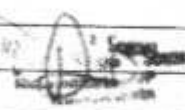



Liberado: 05/08/2019 - 11:29:24

0313-MARIA AUXILIUM RODRIGUES DE ARAUJO LEITE

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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE		Tereza Maria de Conceição Silva	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
04/03/19	Atendimento nutricional realizado.  Fabiana Sotomaior S. Lacerda NUTRICIONISTA CRNP - 10286
05/03/19	Atendimento nutricional realizado. 
06/03/19	Atendimento nutricional realizado. 
07/03/19	Atendimento nutricional realizado. 
08/03/19	Atendimento nutricional realizado. 
09/03/19	Atendimento nutricional realizado. 
10/03/19	
11/03/19	
12/03/19	
13/03/19	
14/03/19	
15/03/19	
16/03/19	
17/03/19	
18/03/19	
19/03/19	
20/03/19	
21/03/19	
22/03/19	
23/03/19	
24/03/19	
25/03/19	
26/03/19	
27/03/19	
28/03/19	
29/03/19	
30/03/19	

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 Penha Silva Prontuário: _____D.N.: ____/____/____ Sexo: M ☒ F: ☐Procedimento Cirúrgico: _____ Data Cirurgia: 08/08/19

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
(Na presença da, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função	Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:
O local está demarcado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	<input type="checkbox"/> O nome do procedimento
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação? <input type="checkbox"/> Sim	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando? <input type="checkbox"/> Sim	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião: <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso? <input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?	<input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
O paciente possui: Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Para o anestesiológico: <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	<input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis	Para equipe de enfermagem: <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores? <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem: <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	Os exames de imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	

assinatura-COREN



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL 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

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209545734250009

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

12 - ENDEREÇO

VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VALENCA DO PIAUI

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1960

9 - SEXO

Masc.

☒ 1

Fem.

☒ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

416554

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9993-94302

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2211308

15 - UF

PI

16 - CEP

64300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 -

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 -

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. 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 - Pícea
Cartão SUS 100.590.547.830.000
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31

Assinatura paciente/Responsável

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	TEREZA MARIA DA COSTA SILVA	SEXO	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO	416 554	CONVÊNIO	SUS	DATA
				HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de rádio distal D

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	08/08/19	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	Osteossíntese	CIRURGIA REALIZADA	A mesa
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	<input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1) Corte e desbridamento lateral sob a estereotaxia
2) Antissepsia + aspiração do líquido articular
3) Redução + fixação por técnicas C/ fio
de Kirschner e alfinetes
3) Análise + imobilização

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAIS:		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

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

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

Nº AIH
FRAN

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: Beiró: ZONA RURAL

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

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
Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

FLAVIO HERMANO BEZERRA ARAUJO



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Carla de Fátima</i> HD: <i>17 de Setembro de 2019</i>	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 03 / 08 / 2019 1. DIETA LIVRE 2. JEICO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H 8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA 9. SSVV + CCGG	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
	<i>8h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>17h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>20h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	
	<i>23h</i>		<i>23:30</i>	

Manifestação Personalizada do LER
CONTINUA COM O LER
Data: *03/08/2019*

NOME:	ALAC				APTO C21	J4	LEITO	72	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM								
DATA:	04/08/2019								
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
1. DIETA LIVRE	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				OBSERVAÇÕES				
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									
6. TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N									
7. ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N									
8. OMEPRAZOL 40MG, VO, PELA MANHÃ									
9. SSVV + CCGG									



Mr. Francis C. ...
CMAA, Inc. ...

NOME: TERZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA		ALA C	ENF 14	LEITO 72	R. MET.
HD: FX DO RADIO DISTAL		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORAÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
DATA: 08/08/2019					
1. DIETA ORAL LIVRE					
2. JEJUNO HIDROLISADO					
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS					
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)					
5. TRAMAIDOL 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					

Dr. Francisco José de Almeida Brito
 CRM: 13.360 - R. 13.360
 C.R.E.O. 13.360 - R. 13.360



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: Theresa Maria da Conceição
HD:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 08 / 08 / 2019

1. DIETALivre 2x ao dia após as refeições
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12h
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ
9. SSVV + CCGG

ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
	14	72	*
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	

Paciente internada no 6º andar
com problemas de saúde. Inicial-
mente apresentava dor abdominal
na região superior esquerda.
Após administração de analgésicos,
a dor diminuiu, porém persistiu.
Paciente está em repouso.
Alimentação adequada.
Higiene pessoal adequada.
Vital: 150/80 mmHg, FC 90 bpm,
FR 18 rpm, SpO2 98% em ar
ambiente. Sem febre.
Sem alterações na ausculta
cardíaca e pulmonar.
Sem alterações na neurologia.
Sem alterações na pele.
Sem alterações na hidratação.
Sem alterações na mobilidade.
Sem alterações na orientação.
Sem alterações na comunicação.
Sem alterações na cooperação.
Sem alterações na segurança.
Sem alterações na privacidade.
Sem alterações na integridade.
Sem alterações na dignidade.
Sem alterações na autonomia.
Sem alterações na justiça.
Sem alterações na equidade.
Sem alterações na solidariedade.
Sem alterações na fraternidade.
Sem alterações na caridade.

Assinatura do Médico: [Assinatura]
Data: 08/08/2019

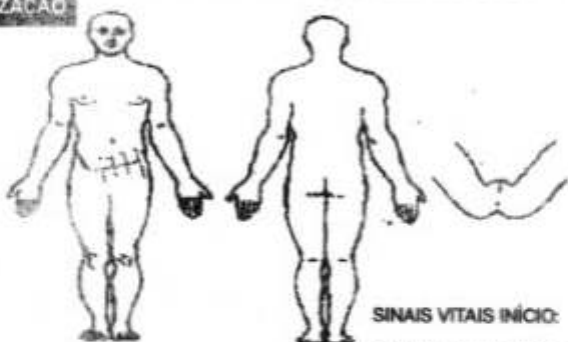
Cidade:

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

CIRCULANTE	Fernando	SALA Nº	
ENTRADA NA SO		INÍCIO DA ANESTESIA	16:50
SAÍDA DA SO		INÍCIO DA CIRURGIA	17:00
		TÉRMINO DA ANESTESIA	
		TÉRMINO DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA:			
CIRURGIA REALIZADA:			
CIRURGIÃO	ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel		
ASSISTENTES: 1º		CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO



SIMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTROS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 138x62 SATO 100% FC 99 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 138x62 SATO 95% FC 98 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (VIA) COM O CIRCULANTE
- ☐ GERAL INALATÓRIA

- ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
- ☒ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº☐ COM CUFF
☐ SEM CUFF☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº☐ OUTRAS

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL
☐ VENTRAL☐ GINECOLÓGICA
☐ LITÔMICA☐ LATERAL ESQUERDO
☐ LATERAL DIREITO☐ SENTADA
☐ SEMI-FOWLER☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO
ANTI-SEPSIA
REALIZADA POR

- ☒ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE MÉDICA

- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE ENFERMAGEM

☒ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL☐ TRICOTOMIA☐ PASSAGEM SNG☐ ASPIRAÇÃO☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl☐ FUNÇÃO VENOSA☐ MSD☐ MSE☐ OUTROS☐ SONDA URETRAL Nº☐ COLETOR☐ UROSTOP☐ AP BARBEAR _____ UND☐ SNG Nº☐ SONDA FOLEY Nº☐ LANCETA _____ UND☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº☐ JELCO Nº

GARROTEAMENTO

TIPO

☐ FAIXA DE SMARCH _____ UND☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO

☐ BRAÇO☐ ANTEBRAÇO☐ COXA☐ PANTURRILHA

TEMPO

INÍCIO

TÉRMINO

SERVIÇOS SOLICITADOS

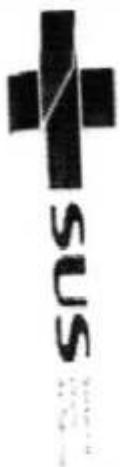
☐ ANATOMIA PATOLÓGICA☐ NÃO
☐ SIM

LOCAL

Nº DE FRASCOS

☐ LABORATÓRIO ☐ RX☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM☐ OUTROS

NÃO SE APLICA



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Felipe Mano de Santana*

HD:

DATA: 09/08/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN
5. TRAMADOL 100 mg + SE 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H
9. SSVV+ CCGG
10. *10 - 100 mg de Aspirina*
11. *11 - 100 mg de Aspirina*

ALA

14

APTO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

LEITO 22

R. MET.

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Controlar Remoção de Soro
CONFERE COM O CÍRCULO

At 10:30h medicação de 100mg de Aspirina e 100mg de Tramadol. Sinais vitais: PA 120x80, FC 70, FR 18, T 36,6. Evoluções: paciente em boas condições, sem dor, sem náusea, sem vômito. Medicação prescrita em 10/08/19. Assinatura: [Assinatura]

Dr. PERCEIRA
Ortopedia e Traumatologia
Unidade de Pronto Socorro
1351



CÓDIGO DE CONTROLE
300D.FDE2.EA20.C798

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:41:01 do dia 11/12/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
395.438.543-00

Nome

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Nascimento
14/10/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - DECRETO Nº 89.250/93

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO

31/03/16

NOME

TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

FILIAÇÃO

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
FRANCISCO FERREIRA DO VALE

NATURALIDADE

VALENÇA DO PIAUI-PI

DATA DE NASCIMENTO
14/10/1960

DOC. CIVIL

CERT. CASAM. 15128 L 384 F 132

EXP. TERESINA PI 02/10/00

CPF
TEREZA 95.438.543-00

A Autenticação pode ocorrer em:
Internet ou em qualquer ponto de atendimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

0338176

Tereza Maria da Conceição Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUARATTONI DA SILVA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

17/09/72

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROFESSOR
36.100.495-3
DATA DE EMISSÃO: 10/DEZ/98

NOME
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

PAIS
IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

E
IDA MARIA DA CONCEIÇÃO
OLIVEIRA

VALÊNCIA DO PIAUI -PI 17/SET/1972

VALÊNCIA DO PIAUI/PI
CN:LV.A003/FLS.0570/N.001927

SECRETARIA DO DIRETÓRIO
LEI Nº 110 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Data do Nascimento
17/09/72

Nº de Inscrição
411758243-72

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98

CÓDIGO DE CONTROLE
300D.FDE2.EA20.C798

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:41:01 do dia 11/12/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
395.438.543-00

Nome

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Nascimento

14/10/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - DECRETO Nº 89.250/93

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO

31/03/16

NOME

TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

FILIAÇÃO

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO
FRANCISCO FERREIRA DO VALE

NATURALIDADE

VALENÇA DO PIAUI-PI

DATA DE NASCIMENTO
14/10/1960

DOC. CIVIL

CERT. CASAM. 15128 L 384 F 132

EXP. TERESINA PI 02/10/00

CPF
TEREZA 95.438.543-00

A Autenticação pode ser feita em:

Internet ou no Cartório

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

0338176

Tereza Maria da Conceição Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUARATTONI DA SILVA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

17/09/72

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROJETNO 36.100.495-3 DATA 10/DEZ/98

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

VALENÇA DO PIAUI -PI 17/SET/1972

VALENÇA DO PIAUI/PI

CN:LV.A003/FLS.057U/N.001927

MADEIRA DO DIRETOR

LEI Nº 110 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Data do Nascimento 17/09/72

Nº de Inscrição 411758243-72

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura JOSE IVAN DE OLIVEIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 23/12/98

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012507995027
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 00197243894 INTRC EXERCÍCIO 2016

NOME

MARIA DO O SILVA

CPF / CNPJ 27427625315 PLACA NMZ-3769

PLACA ANT / UF NMZ-3769

CHASSI 9C2JC41109R035527

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

CAS/M/VEICULO/NEHUNA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD

HONDA/CG 125 FAN KS 2009 2009

CAP / POT / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

02P/0124CC PARTICU AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

1º IPVA

2º

3º PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

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

SEGURO DE FOGO OBRIGATORIO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA

VALENCA DO PIAMI 21/09/2016

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

PI Nº 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
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 COT. TIME Nº CHASSI

2009 09 9C2JC41109R035527

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 000,00 DETRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 292,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 21/09/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.342.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383134/19

Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

CPF: 395.438.543-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

CPF de: Próprio

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 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

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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	CPF:411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins			Nº 187
Bairro: Vale Verde			
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

X 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 Euripedes Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3685-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 30/10/2019. Esol.:3,85 TJ:0,77 FMP:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 Selo:abt.69130 (F180F20)

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413535/19

Vítima: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

CPF: 395.438.543-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

38 - 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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.lvan35@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

03/08/2019 - 15:57

55 73 90

55 73 92 - 2

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

NM23769

Renavam:

00197243894

Cor:

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

Ciente 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 - Mat.
AGENTE DE POL

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

Lucy Kelin Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

Ana Cláudia Melo Lopes Chaves Barbosa
Selo: abx.29982 (F180F42)
Nus Euripeias Martins, 368 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.306-000 - Fone: (88) 2465-1171

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
VALENÇA DO PIAUÍ-PI. 29/10/2019.

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE
Emol.: 2,48 TJ: 0,50 FIC: 0,06 Selo: 0,26 Total: 3,30
Selo: abx.29982 (F180F42)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001066/2019-04

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUI

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 PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

561660

Município

VALENÇA DO PIAUI

Endereço

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

Complemento

Data/Hora

03/08/2019 - 15:57

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO VIRGINIO FERREIRA LOPES

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO/Noticiante

Nome: TEREZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA

Endereço: RUA ADALBERTO ILÁRIO DE MORAIS, Nº 72

Complemento: VALE VERDE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental 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 PIAUI 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 - Mat.
AGENTE DE POL

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

Lucy Kelko Leal Parafba
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 198.331-7

Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Selo: abx. 29982 (F180F42)
Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171

Boletim de Ocorrência emitido em: 26/10/2019 10:44 - SisBO@2011-2019

Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

VALENÇA DO PIAUI-PI, 29/10/2019.
Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE
Emol.: 2,48 T3: 0,50 F180F42 Selo: 0,26 Total: 3,30
Selo: abx. 29982 (F180F42)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 395.438.543-00 4 - Nome completo da vítima: Teresa Maria Da Conceição Silva

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2761 8 CONTA: 510.006.806 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Valença do Piauí

Valença do Piauí, tu és o coração

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

REGISTRO DE OCORRÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

USB

DATA: 03.08.19 Hora: 15:57

NOME DO PACIENTE: Tereza 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
() Mínimo
() Moderado
() Intenso

FALA

- () Normal
(X) Confusa
() Nenhuma

PULSO RADIAL:

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

OBSERVAÇÕES:

Paciente feminina, 58 anos, vítima de acidente de trânsito, apresentando com suspeita de fratura de mão direita e trauma no tórax, apresentando lesões de pele e de tecidos moles.

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 | | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

- | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------------|
| () Melhorando | () Severa Gravidade | () Indeterminado |
| () Estável | () Média Gravidade | () Óbito antes do Socorro |
| () Piorando | () Pequena Gravidade | () Óbito durante o socorro |
| () Coma | () Óbito | () Óbito durante o transporte |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

PACIENTE ACOMPANHADO: () SIM (X) NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: Unidade de Pronto Socorro

CIDADE: Valença do Piauí

Dr. Rafael Barbosa Vieira

Médico

CRM-PI 6067

Profissional Receptor do Hospital

Tec. em Enfermagem JOK 878

Médico/Enfermeiro

Cond. - Kildere

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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0257695
Data: 03/08/2019
Funcionario: ELDER

Registro: 8973
Hora: 16:11:00
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
End.: ADALBERTO ILARIO DE MORAIS, 72 - CASA Bairro: VALE VERDE
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

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

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Pai: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

ALCOOLIZADA.

Hora: 16:11:41

☐ Internação

TRAUMA MOTOCICLISTICO

Exames Complementares:

GLUCOSE 45

Diagnóstico provável:

FRATURAS RADIOULNA DISTAL D 7

Prescrição Médica:

- 1) TRAMAL 50mg/1 - 2,0ml + 100ml SF 0,9% - EV - 30gtt/1h
- 2) DIPLOMA 500mg/1 - 0,5 Amp - AN - EV - 160mg
- 3) VOLPARON 750 - 0,2 Amp - IM - 160mg
- 4) CCGG + JJJW

W. L. B. S.
16:16:35
W. L. B. S.
16:16:35

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA MOTOCICLISTICO

Hora: 16:11:41

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 140X90 mmHg

TAX: 0%
Glicemia: 0 mg/dl

FC: 0 bpm

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC CLINICO GERAL

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

417797 - LÍVIA KELLY DA SILVA
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/99

Para contato
contoso, informe
esse NÚMERO!!

SEU CONSUMO

0755652-7

Nº da Nota Fiscal 024977567

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 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 38.750.18.22.741400

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA CRIÇÃO
Atual:	11876	Atual: 25/07/2019
Anterior:	11777	Anterior: 25-06-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura: 26-08-2019
Consumo Medido:	99	Emissão: 24-07-2019
Consumo Faturado:	99	Apresentação: 25-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 30
Código de Irregularidade:	FCAM	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A763644		1.1.1.1	123
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo					
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 IGPM (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 AMARELA - 1,23			
NOV/18	172				
OUT/18	173				
SET/18	120				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 99 - 0,821810					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPORTOS/TRIBUTOS - R\$				
	18,20			Base de Cálculo:	86,51		67,47	
Distribuição:	35,13			Alíquota ICMS:	22,00%		19,03	
Energia:	5,94			Valor do ICMS:	1,40%		0,94	
Transmissão:	2,90			Valor do PIS:	6,48%		4,37	
Encargos:	24,34			Valor do COFINS:				
Tributos:								
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DASC	DICI
	Normal	W trimestral	Anual	Normal	W trimestral	Anual	Normal	Normal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjeto: NOVO ORIENTE				Período de observação:		05/2019	ENC:	40,36
QT: 38.750.18.22.741400								

QT: 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 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2019	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 AG= 67					
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 113 2 07 0573 0171-000		
12/09/2019		14/10/2019		32	
Histórico de Consumo			Forma de Pagamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quota	Cód. Responsável 916181790	Código de Verificação 01
04/19	13	1	1	Consumo Médio 2	Custo. Fica Água
05/19	15	2	2	Custo. Fica Esgoto	
06/19	17	2	2	Consumo 4	Consumo Potencial 10
07/19	19	2	2		
08/19	23	4	4		
09/19	26	3	3		
10/19	30	4	4		
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)
	AGUA				31,3
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001				0,6
	JUROS DE HORA 001/001				0,6
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,64

VENCIMENTO 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$32,97
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME ABNT NBR 12216-2013							
Parâmetros	Valor	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
Valor Máximo Permitido	5,0	mg/L	5,0	mg/L	5,0	mg/L	5,0
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação	0.70		1.40		7.13		0.00
Valor Médio							
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Montagem A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.							

AGESPISA Água e Esgoto do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula 1735348-3	Referência OUT/2019
VENCIMENTO 21/10/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 34,32	
82610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7			

0755652-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SDAZ 06/90

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 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 38.750.18 22 741400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	11876	Atual:	25/07/2019
Anterior:	11777	Anterior:	25-06-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	
Consumo Medido:	99	Emissão:	24-07-2019
Consumo Faturado:	99	Apresentação:	25-07-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:
			30

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A763644		1.1.1.1	123

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/19	113	CONSUMO 99 A R\$ 0,873858 =	86,51
MAI/19	114	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	7,20
ABR/19	109	BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N.	0,91-
MAR/19	141	CORRECAO MONETARIA IGPM (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 AMARELA -	1,23
NOV/18	172		
OUT/18	173		
SET/18	120		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 99 - 4.62810

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.

Neuroscience Letters 346 (2003) 179–182

RESERVADO AO FISCO B8EB.9FF2.AC38.27E5.F995.93A7.9709.D642

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			DAC	DOU
	General	Structural	Asset	General	Structural	Asset	General	General
Liabilities	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
	0,00			0,00			0,00	

NOVO ORIENTE

Período de	05/2019	Índice	40,36
------------	---------	--------	-------

QT: 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

MATRICULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2019	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000 AG= 67					
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 113 2 07 0573 0171-000		
12/09/2019		14/10/2019		32	
Histórico de Consumo			Forma de Pagamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quota	Cód. Responsável 916181790	
04/19	13	1	1	Código de Verificação 01	
05/19	15	2	2	Consumo Médio 2	
06/19	17	2	2	Consumo Máx. Água 10	
07/19	19	2	2	Consumo Máx. Esgoto 10	
08/19	23	4	4	Consumo Máx. Água 10	
09/19	26	3	3	Consumo Máx. Esgoto 10	
10/19	30	4	4	Consumo Máx. Água 10	
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)
	AGUA				31,3
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001				0,6
	JUROS DE HORA 001/001				0,6
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,64

VENCIMENTO 21/10/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 34,32
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$32,97
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME ABNT NBR 12216-2013							
Parâmetros	Unidade	Limite	Valor	Unidade	Limite	Valor	Unidade
Valor Máximo Permitido	mg/L	1,0	0,70	mg/L	1,0	0,00	mg/L
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio			0,70			1,40	
						7,13	
						0,00	
						0,00	
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

Montagem
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Água e Esgoto do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000	AG= 67
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matricula 1735348-3	Referência OUT/2019
VENCIMENTO 21/10/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 34,32	
82610000000-7 34320001821-0 73534831020-3 19000000001-7			

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TERESA MARIA 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 <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VENDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>Jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)99412206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

Valença-PI 30 de Outubro de 2019
Local e Data

Jose Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TERESA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 395.438.543 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TERESA MARIA 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 <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VENDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>Jose.ivan35@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)99412206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

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

Jose Ivan de Oliveira
Assinatura do Declarante



cond-Holder

Atendimento: P0257695
Data: 03/08/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 8973
Hora: 16:11:00
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

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

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

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

Civil: OUTROS CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Paí: FRANCISCO FERREIRA DO VALE

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

ALCOOLIZM.

TRAUMA MOTOCICLISTICO

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

64260W AS

Diagnóstico provável:

FRATURAS MÚLTIPLAS DE MÃO E PÉ

Prescrição Médica:

① TRAMAL 50mg/ml - 2,0ml + 100ml SF 0,9% - EV - 32gtid

② DIPLOMA 500mg/ml - 0,1 Amp + AN - EV - 160W

③ VOLTAREN 75 - 0,1 Amp - IM - 160W

④ CCG6 + JJJW

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 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: 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

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

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:

Grafias 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
Tereza Maria da Conceição Silva				08/08/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>		
SERINGA 5 ML 10 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>		
SERINGA 20 ML	02			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		
Defermante + Solução 400ml				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO Interação de sala de sala		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO Dr. Ronaldo		
ESCOVA COM DEGERMANTE	03			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM	03			ANESTESISTA Dr. Almeida		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA Sedação		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL (exometazona) 01						
DIPIRONA 02						
CEFAZOLINA (Cefazotina) 02 17:00						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
AMINA K						
TAMINAA						
CITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE - Gaze						
CLAMP UMBILICAL	04 R +					
PULSEIRA RN						
GAZE - Dr. de Kichenner	2,5 (02)					
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	05					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

MÉDICO: Dr. Ronaldo
ENFERMEIRA(O):
TÉC. ENFER. Fernanda

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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Adriana Maria da R. R. R.</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>09/05/18</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
RE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO. UTO	500				
	SANGUE	400				
	OUTROS	300				
TEMPERATURA T	Cº	280		SEQUÊNCIA		
P. ARTERIAL V O PULSO	38	240				
		200				
		180				
		160				
INICIO E FIM ANESTESIA X		140				
		120				
		100				
		80				
INICIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
		20				
		10				
RESPIRAÇÃO O		10				
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <u>01 hora</u>	
TÉCNICAS <u>Sedação</u>					INCIDENTE / ACIDENTE <u>Sem intercorrência</u>	
OPERAÇÕES <u>Exatidão de punção</u>						
CIRURGIÕES <u>Fernando</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. R. R. R. 5463</u>						
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS 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: <u>Gláucia Maria da Conceição Lima</u>		IDADE: _____
PRONTUÁRIO: _____	ENFERMARIA: <u>14</u>	LEITO: <u>72</u>
MÉDICO ASSISTENTE: _____		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <u>Cefotima 1g</u>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <u>7 dias</u>		
JUSTIFICATIVA: <u>1º episódio de síndrome de risco de infecção</u>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	() SIM	() NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	() SIM	() NÃO
REALIZOU CULTURA:	() SIM	() NÃO
RESULTADO: _____		

ANTIBIOGRAMA	
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: 09/08/19

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 Conceição Silva
ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____

DATA

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

04/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*
Lacina Siqueira S. Lacerda
NUTRICIONISTA
CRM - 10265

05/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

06/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

07/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

08/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

09/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

10/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

11/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

12/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

13/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

14/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

15/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

16/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

17/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

18/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

19/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

20/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

21/06/19 Atendimento nutricional realizado *[assinatura]*

REQ. 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

Observação Solicitante

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

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




Frequência Cardíaca (bpm): 72

Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6057

Lina Kelly Silva
Enfermeira
COREN-PI 227791

VISÃO GERAL

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/3T)
-  Class. Risco: Muito urgente

Estab. Solicitante	Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)
Médico Solicitante	RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Usuário Solicitante	Usuário Padrão
Senha	201908031127493
Observação Solicitante	
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 Frequência Cardíaca (bpm): 72 Frequência Respiratória (rpm): 16 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 15:41	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	

Atestado de entrega de documento
 em nome de _____
 em _____



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: E0125950



INTERNADO

Coletado:

Data: 05/08/2019

Paciente: TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

Médico(a): JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Convênio: SUS

Leito: C14/72 Enfermaria: 14

Sexo: FEMININO

Idade: 58 A 9 M 20 D

Impresso: 05/08/2019

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Método:

ERITROGRAMA

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

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8,400 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
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 /mm³ 150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL:

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

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

0313-MARIA AUXILIUM RODRIGUES DE ARAUJO LEITE

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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE <i>Tereza Maria de Conceição Silva</i>	
ALA:	ENFERMARIA: LEITO: PRONTUÁRIO Nº:

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
04/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i> <i>[assinatura]</i> NUTRICIONISTA CRNP - 10286
05/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
06/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
07/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
08/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
09/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
10/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
11/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
12/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
13/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
14/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
15/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
16/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
17/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
18/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
19/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
20/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
21/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
22/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
23/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
24/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
25/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
26/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
27/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
28/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
29/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
30/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>
31/03/19	Atendimento nutricional realizado <i>[assinatura]</i>

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 Penha Silva Prontuário: _____D.N.: ____/____/____ Sexo: M ☒ F: ☐Procedimento Cirúrgico: _____ Data Cirurgia: 08/08/19

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
(Na presença da, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função	Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:
O local está demarcado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	<input type="checkbox"/> O nome do procedimento
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação? <input type="checkbox"/> Sim	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando? <input type="checkbox"/> Sim	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião: <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso? <input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?	<input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
O paciente possui: Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Para o anestesiológico: <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	<input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis	Para a equipe de enfermagem: <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores? <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem: <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	Os exames de imagens essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	

assinatura-COREN



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL 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

TEREZA MARIA DA CONCEICAO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209545734250009

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1960

9 - SEXO

Masc.

☒ 1

Fem.

☒ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

416554

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9993-94302

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

12 - ENDEREÇO

VALE VERDE, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VALENCA DO PIAUI

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2211308

15 - UF

PI

16 - CEP

64300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 -

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 -

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. 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 - Pícea
Cartão SUS 100.590.547.830.000
CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 31

Assinatura paciente/Responsável

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	TEREZA MARIA DA COSTA SILVA	SEXO	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO	416 554	CONVÊNIO	SUS	DATA
				HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de rádio distal D

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	08/08/19	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	Osteossíntese	CIRURGIA REALIZADA	A mesa
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	<input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1) Corte e desbridamento lateral sob anestesia tumescente
2) Redução + aplicação de placa e parafusos C1 fixo
3) Anestesia + imobilização gesso

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAIS:		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

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

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

Nº AIH
FRAN

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: Beiró: ZONA RURAL

Endereço: VALE VERDE, Nº 0 - CEP: 64300-000

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
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Carla de Fátima</i>	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HD: <i>17 de Setembro de 2019</i>	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 03 / 08 / 2019				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. DIETA LIVRE				
2. JEICO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA				
9. SSVV + CCGG				

Manifestação Pessoal do Paciente
CONTINUA COM O TRATAMENTO
Data: *03/08/2019*

NOME:	ALAC				APTO C21	J4	LEITO	72	R. MET.
ID:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM								
DATA:	04/08/2019								
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
1. DIETA LIVRE	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				OBSERVAÇÕES				
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									
6. TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N									
7. ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N									
8. OMEPRAZOL 40MG, VO. PELA MANHÃ									
9. SSVV + CCGG									

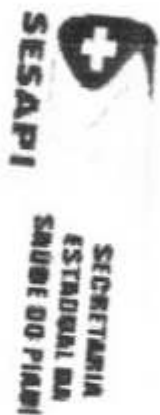
**SESAPI**

**SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ**

JUSTINO LLC

GOVILKINO
IXIYALU

NOME:		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
HD:		14		702	
DATA:	08/08/2019	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica					
1. DIETA LIVRE	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				
2. JELCO SALINIZADO	OBSERVAÇÕES				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H					
8. OMEPRAZOL 40MG VO PEL.A MANHA					
9. SSVV + CCGG					
Assinatura do enfermeiro					



NOME: <u>Fernanda Maria da Conceição Silva</u>		HD:	
DATA: 06 / 08 / 2019		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
1. DIETA LIVRE		2. JELCO SALINIZADO	
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H		8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ	
9. SSVV + CCGG			
ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
OBSERVAÇÕES			
10:00 h. Verificando PA 130x80 mmHg e 71/90 mmHg. Paciente está bem.			

X



Dr. Francisco J. Espino Bizarro
Calle 1000 / P.O. Box 14190
Cancun, Quintana Roo, Mexico

NOME: TERZA MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA		ALA C	ENF 14	LEITO 72	R. MET.
HID: FX DO RADIO DISTAL		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
DATA: 05/08/2019					
1. DIETA ORAL LIVRE					
2. JELCO HIDROLISADO					
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 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					

Dr. Francisco de Assis Almeida
 Diretor de Enfermagem
 CRM-PR 4504 / 1501 14190



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: Theresa Maria da Conceição

HD:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 08 / 08 / 2019

1. DIETALivre 2x ao dia após as refeições
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>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. TILATIL 40MG + AD EV 12/12h
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ
9. SSVV + CCGG

ALAC

APTO

LEITO

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Paciente internada no 6º andar
com problemas de saúde. Apresenta
sintomas de dor e desconforto.
Paciente está em repouso.
Medicação de 1500 mg de
paracetamol a cada 6h.
Paciente recebeu 100
mg de dipirona a cada 6h.
Paciente recebeu 40mg de
omeprazol a cada 12h.

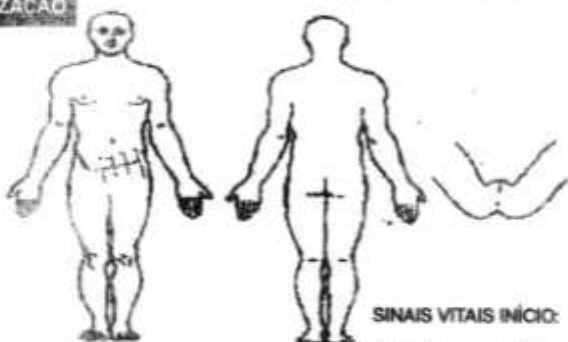
Dr. Celso de Jesus
13 de junho de 2019
Cidade

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Tereza Maria da Conceição Silva

CIRCULANTE	Fernando	SALA Nº	
ENTRADA NA SO		INÍCIO DA ANESTESIA	16:50
SAÍDA DA SO		INÍCIO DA CIRURGIA	17:00
		TÉRMINO DA ANESTESIA	
		TÉRMINO DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA:			
CIRURGIA REALIZADA:			
CIRURGIÃO	ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel		
ASSISTENTES: 1º		CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO



SIMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTROS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 138x62 SATO 100% FC 99 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 138x62 SATO 95% FC 98 bpm

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (VIA INTRALÍNGUA COM O CÍCLICO)
- ☐ GERAL INALATÓRIA

- ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
- ☒ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº☐ COM CUFF
☐ SEM CUFF☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº☐ OUTRAS

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL ☐ GINECOLÓGICA ☐ LATERAL ESQUERDO ☐ SENTADA ☐ TRENDELEMBURG
- ☐ VENTRAL ☐ LITÔMICA ☐ LATERAL DIREITO ☐ SEMI-FOWLER

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO
ANTI-SEPSIA
REALIZADA POR

- ☒ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE MÉDICA

- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE ENFERMAGEM

☒ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL ☐ TRICOTOMIA ☐ PASSAGEM SNG ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ GLICEMIA CAPILAR mg/dl ☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ MSD ☐ MSE ☐ OUTROS

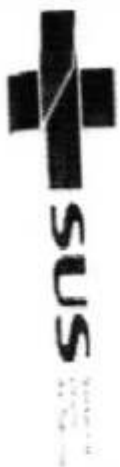
- ☐ Sonda URETRAL Nº ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR UND ☐ SNG Nº
- ☐ Sonda FOLEY Nº ☐ LANCETA UND ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº ☐ JELCO Nº

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH UND ☐ GARROTE PNEUMÁTICO mmHg ☐ NÃO SE APLICA
- LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA
- TEMPO INÍCIO ☐ TÉRMINO

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL Nº DE FRASCOS
- ☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS NÃO SE APLICA



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Felipe Mano de Carvalho*

HD:

DATA: 09/08/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN
5. TRAMADOL 100 mg + SE 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H
9. SSVV+ CCGG
10. *10 - 100 mg de Aspirina*
11. *11 - 100 mg de Aspirina*

ALA

14

APTO

LEITO 22

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

11 - 100 mg de Aspirina

11 - 100 mg de Aspirina

11 - 100 mg de Aspirina

Dr. PERCECINI
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
Fone: 3211-1351

