

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05803-3

CONTA: 000000003481-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1802201405000000000023705803000000003481472500 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014092592	Cidade: Miguel Alves	Natureza: Invalidez
Vítima: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA	Data do acidente: 12/11/2013	Emissor do parecer: Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim
Seguradora: Companhia Mutual de Seguro	Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT	CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise:	14/02/2014
Valoração do IML:	0,00
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA (TTO CIRÚRGICO)
Resultados terapêuticos:	DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO FUNC DO MI ESQUERDO
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	INVALIDEZ PARCIAL / 50% DE 70% = 35%
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	9.450,00
Médico avaliador:	MARIA TEREZA

**UF do CRM do
médico:**

RJ

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

% Dimensão Graduação

70 1 50

Valor avaliado: 4.725,00



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA CIDADE MIGUEL ALVES-PI

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
DE TRÂNSITO (VITIMA NÃO FATAL) Nº 11 /2013

Certifico, como me faculta a Lei, e atendendo Registro de Ocorrência da parte interessada, que revendo os livros de registros e arquivos desta Delegacia de Policia Civil encontrei no Livro de Registro de Ocorrência Diversos nº 39/2013-DPMA, na folha de nº _____, a ocorrência de nº. 11 /2013, com o seguinte teor:

1. NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO
2. LOCAL: RUA PADRE JOSINO LEAL, FORQUILHA, MIGUEL ALVES-PI
3. DATA DO FATO: 12/11/2013 Horário: 07:00hs.
4. DATA DO REGISTRO: 31/12/2013 Horário: 20:00hs.
5. 1ª VITIMA: **VALDEIR DE ARAÚJO NUNES** – RG 2.746.169 SSP/PI, residente Na Rua Lagoa Funda, 2511, Urbano, nesta cidade, natural de Miguel Alves/PI, filho de SILVESTRE PEREIRA NUNES e RITA MARIA DE ARAÚJO.
6. 2ª VITIMA: **MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA** – RG 2.224.610 SSP/PI, residente Na Rua Cinco, 1980, Vila Da guia, Teresina-PI, natural de Miguel Alves/PI, filha de RAIMUNDO PATRICIO DE OLIVEIRA e MARIA JOSÉ GOMES FERREIRA.
7. COMUNICANTES/VITIMAS: **VALDEIR DE ARAÚJO NUNES & MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA.**

HISTÓRICO: OS NOTICIANTEs compareceram nesta DP para informar que no local, data e horário acima especificados, quando a primeira vitima pilotava a motocicleta da marca HONDA/NXR 150 BROS MIX KS, COR PRETA, PLACA NII 6403, CHASSI: 9C2KD0530AR005670, CADIGO RENAVAL: 201496925, (licenciada em nome de EDILSON GOMES TEIXEIRA), do bairro Forquilha, sentido ao centro de Miguel Alves-PI, e a segunda vitima pilotava motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA NIG 8557, CHASSI: 9C2JC41109R520981, CADIGO RENAVAL: 155053086, (licenciada em nome de ISSAC B. DE CARVALHO), no sentido contrario, da via, inesperadamente ambos os veículos abalroaram; Que, devido o acidente ambas as vitimas caíram, sendo que a primeira vitima teve como consequência (**FRATURA DO OSSO ZIGOMATICO – OSSOS MALARES E MAXILARES**). Conforme Prontuário Medico assinado pelo Dr. Matias Araujo da Silva – CRO/PI- 779, enquanto que a segunda vitima sofreu (**FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA – PERNA ESQUERDA**). Conforme Prontuário Medico assinado pelo Dr. Francisco das Chagas de Sousa – CRM/PI- 3920. Faz este registro a fim de produzir seus efeitos legais.

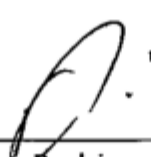
BOLETIM DE OCORRENCIA

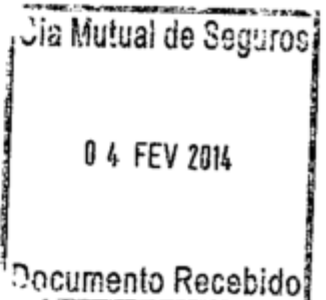
1004026



referido é verdade e dou fé.

DELEGACIA DE POLÍCIA, em Miguel Alves/PI, 31 de dezembro de 2013.


Francisco Rodrigues da Silva
Del. de Policia Civil



RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para fim de DPVAT que Maria Betânia Ferreira de Oliveira sofreu fratura exposta da tíbia esquerda, foi submetida a tratamento cirúrgico (osteossíntese) e recebeu alta definitiva. Apresenta redução de 50% (cinquenta) da funcionalidade da perna esquerda

21.01.14


Dr. Adriano Rocha Alencar
MÉDICO
CRM-PI: 3329

Dr. Adriano Rocha Alencar
CRM-PI: 3329
Rua Coelho Rodrigues, 1999 - 2º andar - Sala 211 - Centro
Teresina - Piauí

Cia Mutual de Seguros

04 FEV 2014

Documento Recebido

Imp: 12/11/2013 09:10:

NEURO CIR. GERAL

Nome: MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA		Prontuário: 28333	
Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA		Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA CINCO Nº 1980 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI - CEP: 64010-010			
Nascimento: 07/11/1983	Idade: 30a:0m:5d	Sexo: Feminino	Fone: 86-9931-2938
Responsável: MARIA ANTONIA DO VALE DO NASCIMENTO		CNS: 898002973031046	
Profissão: LAVRADORA		Documento: RG: 2.224.650 - SS PI	
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

<u>Código:</u> 345718	<u>Data:</u> 12/11/2013 09:10:33	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)		
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				<u>Convênio:</u> S U S
<u>Id. Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl. Saúde:</u> Não	<u>Trauma:</u> Não	<u>Mau Tratos:</u> Não

LÍNIOS:
 Polít. social
 nacional. e
 internacional
 HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

~~TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA~~

~~EXAME: 7º e 8º ano~~

DATA: 1944-13 as 10:46

PA 120 x 90 mmHg

Pulso: 96

FC: bpm

Temp. :

Diagnostico Inicial:

TECNOLOGO

CID:

CONDUTA MEDICAL E EXAMES COMPLEMENTARES:

[Handwritten signature]

☒) Minorado () Administrativa
☒) Curado () Por Indisciplina
☒) Inalterado () Por Evasão
☒) A Pedido

() Retornar à Unid. Origem:

() Transferência:

DATA SAÍDA:

HORA

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

REALIZADO ULTIMA SOMOGRAFIA

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internacio:

ÓBITO:

() Até 24 Hs	() Família
() De 24 a 48 Hs	() IML
() Após 48 Hs	() Anat. Patol.

fl.ª Antonia de vale do nascimento
Assinatura Paciente ou Responsável

CONFIDENTIAL - BE

File 15 11 / 13

Servidor

12:40 - Paciente grave, com fratura exposta no MTD,
avaliada pelo ortopedista, que aguarda liberação de
cirurgia geral para realizar cirurgia. Feito contato
telefônico solicitando o mesmo.

Silvia Alcantara Vasconcelos
ENFERMEIRA
RUE 91 114 274

16h - Solicitada avaliação da neurologia por telefone (Dr. Pedro Café).

Neurologia - 12.11.13 17:00 h

Silvia Alcantara Vasconcelos
ENFERMEIRA
RUE 91 114 274

Paciente vítima de politrauma
com fratura humeral e
lesões medulares fraturas
múltiplas.

Paciente politraumado, no momento
estável: CT de abdome

Neurologia 17:45

Realizado CT de abdome.
Determinado o caso com o neurologista
classificação de lesão no grau II
em nível, por lesão de via sensorial
conclusão: expectante.

Pedro Café
UROLOGISTA
RUE 91 114 274

Pedro Café

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA	
Data:	12/11/13
Médico:	ma. monte
Exame:	US abd. total
Laudo Provisório:	α

Confere com o original

Em 13/11/13

Servidor

17:40 h. PA - 100 x 80, P, 108 - D

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Maria Betina Ferreira de Oliveira				Nº DE REGISTRO 283338		
DATA: 12/11/03	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 40	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Dele dia subiu no C.C. consciente, orientado, eupneico, hemodinamicamente estável. Nipo cordio ou pneumo-						
SISTEMA CIRCULATÓRIO pacos. Refere alongo e pouco.					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta tíbia E					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) Ostossinke tíbia E				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1 2 3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		Cº				
P. ARTERIAL V O PULSO		38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS Punção suboculocelular, 13 tu, paramediana, op q, liquor claro				INCIDENTE - ACIDENTE sem intercorrências		
OPERAÇÕES Ostossinke tíbia E						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS Dr. HIRANO MENEZES						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS 4 FEB 2014		
				IMEDIATAS		

MOD 76 - HUT

Confere com o original

Em 15 / 11 / 13

Servidor



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Confere com o original

Em 19 / 11 / 13

Servidor

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Incisão vertical sobre o umbigo

2. Dissecção da parede abdominal

3. Exatidão

4. Exatidão de poder de fechar

5. Exatidão de poder de fechar

6. Exatidão

7. Exatidão



ORIGEM: () HALL
POSTO: _____
CLÍNICA: _____
EMERGÊNCIA: _____

DATA DE NASCIMENTO

DIA

MÊS

ANO

SEXO
1-M/2-F

NOME: *Maria Betânia*

PÓS-OPERATÓRIO

DATA: *10/11/13*

HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.: *21:37*

CIRURGIA REALIZADA:

TIPO ANESTESIA:

S.V.R	HORARIO									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h	SAÍDA
P. ARTERIAL	111/68									
F. CARDÍACA	116									
F. RESPIRATÓRIA										
TEMPERATURA										
OXIMETRIA	97%									
NOME/ MATRÍCULA	Andréia									

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM	ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INSCONSCIENTE)	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL	<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFÍCULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> RUIM						
NOME/ MATRÍCULA:	<i>Maria Cheys</i>						

22:30

Antonio Vias A. Oliveira
ANESTESIOLOGIA - CRM 1532
GOOPANEST - PI

Conferir com o original

Em *10* / *11* / *13*

W
Servidor

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUCÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSOTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21:37h Admitida na KPA no PS de fratura de perna (E) 86
efeito de raquianestesia. Bom estado geral.

[Assinatura]
19/04/12

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:

OBSERVAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: _____

Conferir com o original
Em 19 / 04 / 12
[Assinatura]
Servidor



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

283338

Internação:

93838

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA				
End. Resid: RUA CINCO Nº 1980 - VILA DAGUÍA				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64010-010				
Sexo: Feminino	Nascimento: 07/11/1983	Idade: 30a:0m:5d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: LAVRADORA
Admissão: 12/11/2013	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86-9931-2938	Cartão SUS (CNS): 898002973031046	Procedência: TERESINA
Pai: NAO INFORMADO			Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA	
Responsável: MARIA ANTONIA DO VALE DO NASCIMENTO				
End. Responsável: RUA CINCO Nº 1980 - VILA DAGUÍA TERESINA - PI CEP: 64010-010				
Documento: RG: 2.224.650 - SS PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 12/11/2013	Hora: 21:13	Data:	Hora:	P.A. TEMPORÁRIO
<u>Diagnóstico de Admissão:</u>				
Procedimento: 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				
CID 10: S822 - Fratura da diáfise da tíbia				
<u>Diagnóstico de Alta:</u>				
Procedimento:				
CID 10:				
<u>Tratamento Realizado:</u>				
<p>Conferido com o original Em 19 / 11 / 13 Servidor</p>				
<u>Exames Realizados:</u>				
<p>04 FEV 2014</p>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Te deu

Indagação:

16.11.13

9:50

Trauma renal

— Fatores envolvidos em.

em praxen.

Abdomen: plano, flexível, indolor.

Sinal de Kern ou Brudzky em
boa quantidade

PA 12 x 7

HT - 28,1

Hg - 9,2.

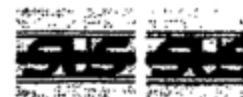
Tratando os sintomas
as quatro crises de
paralisia, estabilidade hemodinâmica,
melhora do hematócrito, resolução
do edema da pericárdica fazendo
o diagnóstico definitivo: Evitar
febre, pro, manter o repouso,
prevenir o embolismo e em
caso, de febre, pro, e febre
febre ou de febre intensa,
retornar ao HUT.

Pedro Café Barroso
UROLOGISTA
CRM 12210

Confere com o original
Em 12/11/13
Nº
Servidor



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 12/11/2013 09:10:05
(MIRIAM MEDEIROS)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA	Prontuário:	283308
Mãe:	MARIA JOSE GOMES FERREIRA	Pai:	NAO INFORMADO
End. Resid.:	RUA CINCO Nº 1980 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI - CEP: 64010-010		
Nascimento:	07/11/1983	Idade:	30a:0m:5d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-9931-2938
Responsável:	MARIA ANTONIA DO VALE DO NASCIMENTO	CNS:	898002973031046
Profissão:	LAVRADORA	Documento:	RG: 2.224.650 - SS PI
G. Instrução:	Fundamental Completo	E. Civil:	Casado(a)
End. Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	345718	Data:	12/11/2013 09:10:33	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Caso Policial:	Não	Pl. Saúde:	Não
Trauma:	Não	Mau Tratos:	Não		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
04 FEV 2014	
Documento F. 111	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER:	
Paciente com trauma abdominal fechado apresentando ao (US) AD de trauma abdominal fechado. Exatidão de diagnóstico: AD: no trauma fechado. C2: Pelo exame de ultrassom	
Carimbo/Assinatura Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA:	Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Fratura exposta do punho Gy
Tratando com gesso após fechamento do Wound e Cir. Jeraf	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER:	
12:00h - Fratura exposta do punho foi liberada por cirurgia Pie. ao se após de 12h p/	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Conferir com o original

Em 19/11/17

Servidor



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 58288 56	Código de Internação: 93 38
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 58288 56	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA BETANIA FERREIRA DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 28333		
7-CNS: 8980029730310 46	8-Nascimento: 07/11/1983	9-Sexo: Feminino	CPF: -
11-Mãe: MARIA JOSE GOMES FERREIRA	12-Fone: 86-9931-291		
13-Resp: MARIA ANTONIA DO VALE DO NASCIMENTO	14-Fone: 86-9931-291		
15-Ender: RUA CINCO Nº 1980 - VILA DAGUIA - CEP: 6 4010-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 6 4010-010
16-Munic: TERESINA			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Procd.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
27-CID Prin: 26-Diagnóstico:	28-CID Sec.: 29-CID C

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0 4080 50 500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 07 02030 406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Sol- cidada: 1

38-Nome Profissional Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass. Carimbo Med.Sol.(C)
39-Data Solicitação: 12/11/2013	40-No.Doc. Méd. Solic.: 877.154.063-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Assinado e justificado</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ALINNY)

Confere com o original

Em 19 / 11 / 13

Servidor

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA****Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

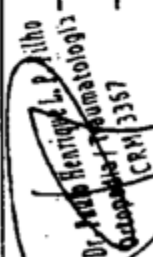

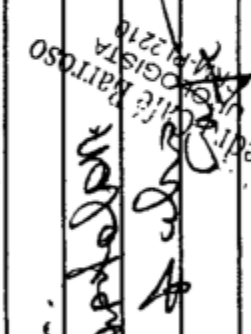

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 12/11/13

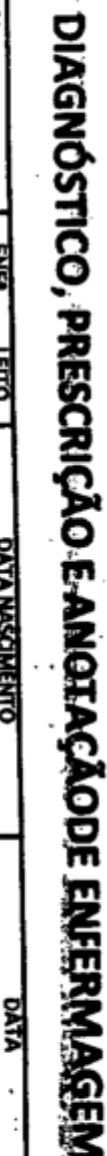
NOME DO PACIENTE: <u>Maria Betânia Ferreira de Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Retenção de placenta</u>	CIRURGIA: <u>Exatop full</u>
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. [assinatura]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Adelino</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Francisco</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	10		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	30	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	01		lupom	unib	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Confere com o original Em 19/11/13 w Servidor			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		-					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		-					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		-					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON 2.0		02					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE: <u>Danielle</u>			
PROLENE		-					

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CÚNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARIA BETÂNIA FERREIRA DE OLIVEIRA		283338	Ortopédica	238	257	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS				
DI: 12/11/2013	FRAT. TÍBIA/POLITRAUMA/FRAT. COSTELA					
16/11/13						
1	Dieta oral hipossódica					
2	Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 7gts/min					
3	Keflin 1g_01amp + AD EV 6/6hs					
4	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs					
5	Tilatil 20mg _01 amp + AD EV 12 /12hs					
6	Cuidados gerais e sinais vitais					
<div style="text-align: center;">  <p>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3357 16.11.13</p> </div>						
<div style="text-align: center;">  <p>Cia Mutual de Seguros 06 FEV 2014 Conferido com o original Documento Rec. Servidor</p> </div>						
<div style="text-align: center;">  <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia</p> </div>						
<div style="text-align: center;">  <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia</p> </div>						
CRM 3415-TO/10029		CRM 3357		CRM 3766-TO/11305		



DATA	ETNO	DATA NASCIMENTO	DATA
------	------	-----------------	------

DIAGNÓSTICO, PRESCRIÇÃO E AÇÃO DE ENFERMAGEM

1

Horário

Conferido com o original
Em 15 / 11 / 12
Servidor

CURATIVO () Sim () Não

Secreção () Sim () Não () Sanguinolenta () Serosa () Purulenta () Outras

Free

SINAI'S VILLAINS

ASS.

1

1

1

1



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MIGUEL ALVES
HOSPITAL PEDRO VASCONCELOS
Rua Des. Simplicio Mendes, 578 - Fone: (86) 3244-1228
CEP: 64.130-000 - Miguel Alves - Piauí

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

PARA: HUT
NOME: MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA
DIAGNÓSTICO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
COM FRATURA EM PERNA (E)
DATA: 12.11.13
MOTORISTA: _____

Oliveira
270160

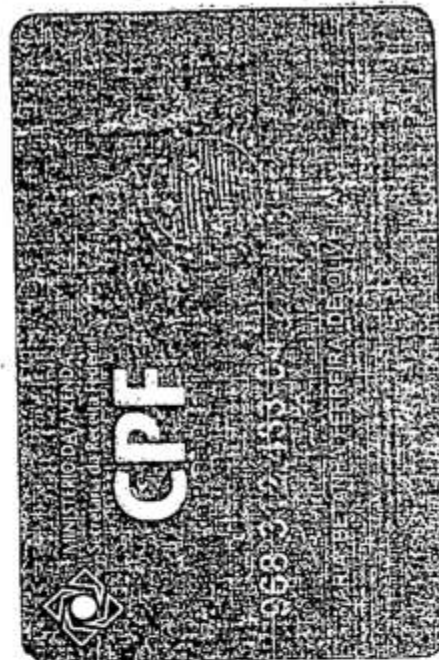
MOD. 04

Confere com o original

Em 13 / 11 / 13

ND
Servidor





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

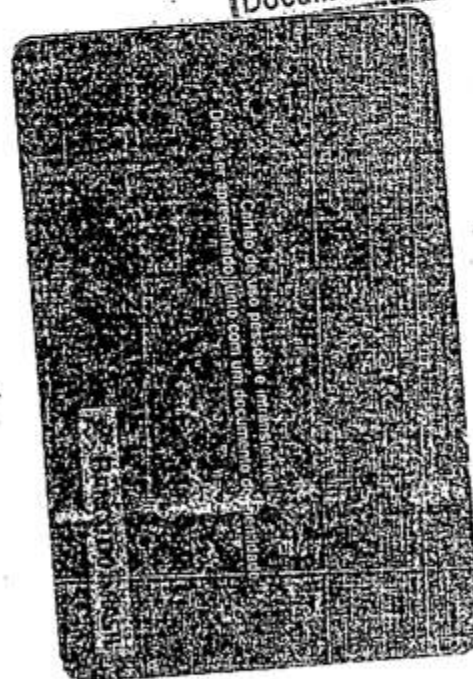
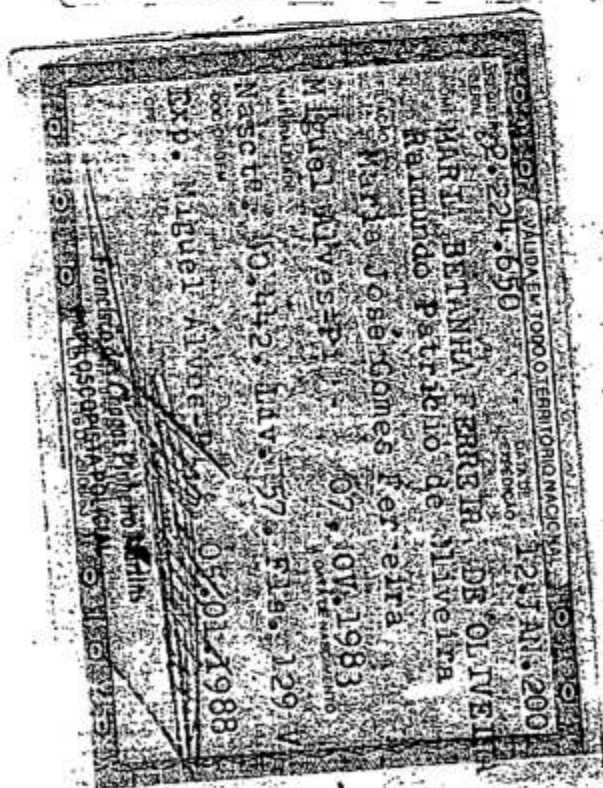
*1004037




Cia Mutual de Seguros

04 FEV 2014

Documento Recebido



 D & J SEGUROS
(86) 9920-3322
(86) 8855-5252

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - P. N. 6922915899
0120090080107 07800649841

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
0802343b2ad3116bmm01ver7a30d45b3561090727

155955086

ISAAC E. DE CARVALHO

RUA ARLINDO NOGUEIRA 01730
MACAUBA - SP

0879589400046 NIE-8557

JOHN E. LITA

9C2JC41109R520981

PAS/MOTOCICLETO/NENHUMA

GASOLINA

2009 2009

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

06 PBE 000-29

RESERVA DE DOUTORADO PARA TITULARIA DE SERENÇA

JOHN E. LITA - EX-100-01-0000

TERESINA

21/07/2009

por *Isaac E. de Carvalho*

DIRETOR GERAL DE DETRAN

DUT

1004032



Cia Mutual de Seguros

04 FEV 2014

Documento Recebido

D & J SEGUROS

(86) 9920-3322

(86) 8855-5252



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.224.650EXPEDIDO POR SSP-PSEM 12/01/2014CPF 969312433-04 CNPJ _____, PROFISSÃO LAVADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

04 FEV 2014

Documento Recebido

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA 5803 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 0003481-9

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Miguel Alves - PS DATA 28/01/2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Maria Betanha Ferreira de Oliveira

ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse: www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEI 14:14 HRS
AGENCIA 5803 CONTA 0003481-9 07/JAN/2014

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
MARIA BETANHA FERREIRA DE OLIVEI 14:14 HRS
AGENCIA 5803 CONTA 0003481-9 07/JAN/2014

