

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0410-8



INSCRIÇÃO

Religião

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.202.204-X 2 via

30/03/2016

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

GABRIEL ANTONIO RODRIGUES
BERNARDINA MARIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA

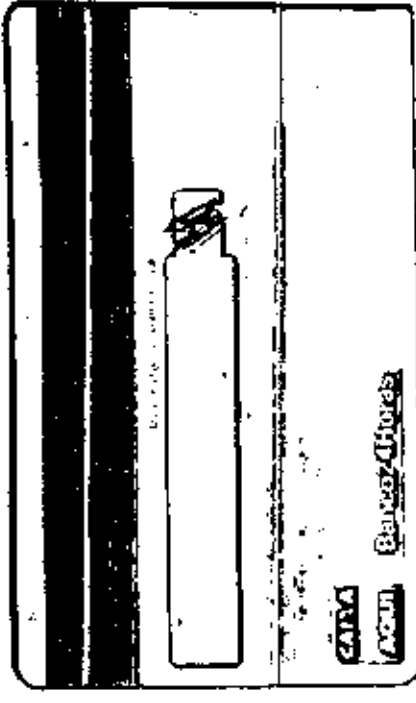
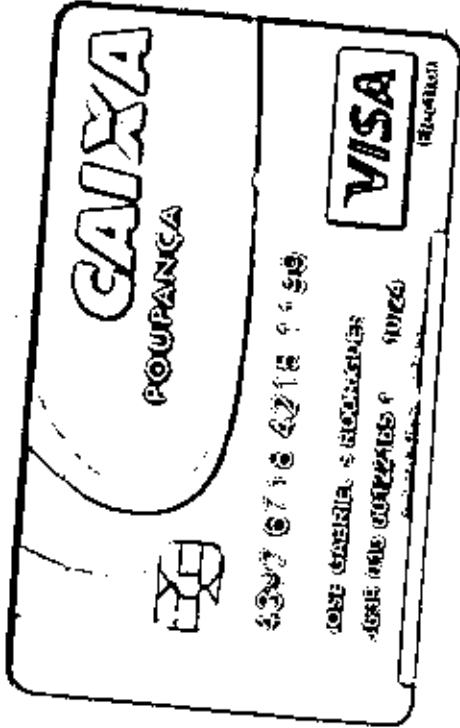
S. CRUZ DO PIAUI - PI

03/07/1976

SANTA CRUZ DO PIAUI-PI SANTA CRUZ DO PIAUI CN-UV-ALZ /
P.L.S.30 / Nº 1.971

255 1430003/30

Lei Nº 7.118 DE 20/06/83



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ

8610-8




33693768

Rodrigues

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

53.202.204-X 2 via 30/03/2016

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

GABRIEL ANTONIO RODRIGUES
BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

S. CRUZ DO PIAUI - PI

03/07/1976

SANTA CRUZ DO PIAUI-PI SANTA CRUZ DO PIAUI CN:LV.A12 /
FLS.30 /Nº13971

256143668/30

[Signature]

LEI Nº 7.110 DE 28/08/63

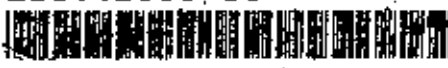
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Nº de inscrição
256143668-30

Data de nascimento
03/07/76



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

Assinatura
[Signature]
JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

S E R V I D O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 31/08/94

RECEBI

26 JUL 2015

Seguradora Lider DPVAT

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825447317

0120180002640

57950678420

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

0367001ddae78e607762fbc69e4falfd6e037012710

VIA 1 COO. RENAVAM 00360171753 RNTTC

NOME / ENDEREÇO

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

RUA CONSELHEIRO CHICACA 00188
CENTRO PI

CPF (CNPJ)

25614366830

PLACA

OCQ-6727

NOME ANTERIOR

RONE FERREIRA DE SOUSA

PLACA ANT/LM

OCQ-6727

CHASSI

9C2JC4110CR409547

ESPECIE TIPO

EPS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB

2011

ANO MOD

2012

CAP/POT/CL

02P/0124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

0 PBT: 289.99
SEM RESTRICOES

LOCAL

SANTA CRUZ DO PIAU

DATA

05/01/2018

SERVO MANTEN DO REGO LOMBO
DIRETOR-GERAL DO DETRAN-PI

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 012825447317

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0367
0014
da2f
Rem0
0776
2fbc
6544
fa1f
doe0
3701
8718

VIA COD RENAVAM ENTRC EXERCICIO
1 00360171753 2017

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CNPJ PLACA
25614366830 OCQ-6727

PLACA ANT/UF CHASSI
OCQ-6727 9C2JC4110CR409547

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN RS 2011 2012

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0124CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
1º IPVA
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
00000000 2º
3º PAGO

PREMIO TAFIAMENTO (R\$) KV (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
PBT: 289.99
SEM RESTRICOES

LOCAL DATA
SANTA CRUZ DO PIAUI 05/01/2018

ASSINATURA DO SENHOR LENDU
DETRAN - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0146706/19

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: próprio

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES : 256.143.668-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Número do Sinistro: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de Identificação

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

RECEBIDO
26 JUL 2019
Seguradora Lider DPVAT

3190301783
Rm de Simão

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301783 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 3 E 27). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	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: 3190301783 **Cidade:** Santa Cruz do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/01/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 3 E 27). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES : 256.143.668-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146706/19

Número do Sinistro: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

CPF: 256.143.668-30

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 06/01/2018

Titular do CPF: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019
Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
CPF: 256.143.668-30

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301783

Vítima: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o 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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da

mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **639**

Conta: **000000122165-1**

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.

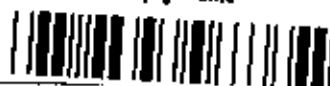
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESpesas de assistência médica e supletimentares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **256.143.668-30** Nome completo da vítima: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES** CPF: **256.143.668-30**
Profissão: **LABRADOR** Endereço: **RUA CONSELHEIRO CHACACA DOZ** Número: **302** Complemento: _____
Bairro: **CENTRO** Cidade: **SANTA CRUZ DO RIO VERDE** Estado: **MT** CEP: **64545-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SFM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0639** CONTA: **00122/65** 7 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 de 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que este imposto foi pago, na época, ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de laudo pericial, em razão 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova de culpa ou de responsabilidade médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou resíduo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devê-lo, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro, falso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, até à sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA CRUZ DO RIO VERDE - MT 09/04/19**
Nome: **JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES**
CPF: **256.143.668/30**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

MARIA DARCI CLEMENTINO SANTOS - Tabelião Interina
RUA SANTO ANTÔNIO, 322 - FIC: 1422-024 - CIDADE: PÍCOS - PI - 63178-135

RECONHECIDO POR SEMELHANÇA À FIRMA DE: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES. DOU FE. 08/04/2019. DA VERDADE.
PÍCOS-PI, 09/04/2019. Encl.: 3,85 Arq: 0,77 Fim: 0,10 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: AEP.36797

Maria Darcy Clementino Santos - Tabelião Interina

CNPJ: 26.706.488/000
PÍCOS CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS
NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
RUA SANTO ANTÔNIO, 322
(89)3422-1242





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Data/Hora: 24/10/2018 - 16:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Data/Hora
06/01/2018 - 15:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
RUA CONSELHEIRO CHICACA, Nº:
Complemento
CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES
RG: 1468000 SSP PI
Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA
Endereço: RUA CONSELHEIRO CHICACO, Nº 118
Complemento: BAIRRO CENTRO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ
Telefone(s): 89-8819-5194

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RECEBIDO

16 ABR 2018

Seguradora Lider DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 125 FAN KS	2012	OCQ6727	9C2JC4110CR409547	00360171753	Preta
Condutor: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES RG: 1468000 Órgão: SSP UF RG: PI End: RUA CONSELHEIRO CHICACO Número: 118 Complemento: BAIRRO CENTRO Cidade: SANTA CRUZ DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO Proprietário: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES Cidade: OEIRAS UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o notificante que no dia 06/01/2018, por volta de 15h00min, sofreu um acidente de trânsito quando trafegava em sua motocicleta, acima já mencionada, pela via pública, denominada Rua Conselheiro Chicaca, Centro de Santa Cruz do Piauí; QUE o acidente foi consequência que os pneus da motocicleta derraparam na pista, quando o notificante foi dar passagem para outro veículo passar, no momento o notificante se desequilibrou e caiu no chão; QUE logo após a queda o notificante levantou e se dirigiu a pé a Unidade Mista de Saúde Jandira Nunes Martins, localizado próximo ao local da queda, com dor e suspeita de fratura em punho direito, e logo após dois dias, ou seja, dia 08/01/2018, encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz da cidade de Picos - PI, com Trauma com Luxação em Polegar de Mão direita, e em seguida, após exames complementares de RX de punho direito, foi diagnosticada a fratura; onde passou por cirurgia.

Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES - Notificante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 21.225-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 211764.000069/2018-44

Delegado de Polícia

Antônio Milton A. de Mello

Delegado de Polícia Civil

Mat 2.112.223-5

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

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Gabriel de Souza Rodrigues

CPF da Vítima

056.143.668-30

Data do Acidente

06/01/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

19. OFICINA

Santa Cruz do Sul, RS, de Abril de 2018

Lugar e Data

X José Gabriel de Souza Rodrigues

Campo 1 - Assinatura da Vítima

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

MARIA DARCÍ CLEMENTINO SANTOS - Tabelião Intergina
RUA SANTO ANTÔNIO, 232 - CID. SANTOS - CENTRO - PÍCOS - SP - TEL: (09) 3422-1242

REDONDEIO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSE GABRIEL DE SOUSA
RODRIGUES. DOU FE. 08. TEST. DA VERDADE.
PÍCOS-PI, 09/04/2019. Emol.: 3,85 Tj: 0,00 RPP: 0,00 Selo: 0,26
Total: 4,98 Selo: ABP. 36798

Maria Darcí Clementino Santos - Tabelião Intergina

CNPJ: 26.705.488/0001-86
PÍCOS CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
NOTAS E REGISTROS DE IMÓVEIS
RUA SANTO ANTÔNIO, 232
(09) 3422-1242

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado de São Paulo
Assessoria de Notas
Registro e
Júris
RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABP 36798



FICHA 1

FUNDINA NUNES MARTINI
 "Atendimento humanizado de qualidade"

CNPJ: 17.690-867/0001-18

Rua Cônego Cardoso, Nº 330 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: atendimento@fundina.com


 INTO Registro: 20.146-1
 Atividade subsequente

☐ Melhor	☐ Evasão	Data: 28/01/18
☒ Transferência	☐ Óbito	Hora: 15:00

SUS**Dados do Paciente**

Nome: Jon Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 21
 Profissão: Obrador de Maquiagem DN: 03/02/1996 Sexo: ☒ M ☐ F
 RG/CPF: 53.202.209-X SSP-SP CNS: 700.40330.97660.99
 Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
 End. Res.: Rua Cardeal Américo Cidade: Santa Cruz do Piauí
 Bairro: Centro Cep: 64-545-000 UF: PI
 End. Local: Cidade:
 Bairro: Cep: UF:
 Pai: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina M. Távila de Sousa
 Responsável: Proprio RG/CPF:
 Parentesco do responsável: Grau de instrução:

Dados do Atendimento

Data: <u>06/01/2018</u>	Hora: <u>14:00</u>	Condução: <u>Proprio</u>
Motivo da Procura: <u>Acidente motociclístico</u>	Convênio: <u>SUS</u>	
Acid. Trab.: <u> </u>	Caso Policial: <u> </u>	Trauma: <u>S</u>
Maus Tratos: <u> </u>	Notificar? <u> </u>	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: <u>Dor intensa em punho direito</u>	Evento Principal: <u>Acidente de moto</u>
Breve História: <u>Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito</u>	<u>Beatriz Maria dos Santos</u> ENFERMEIRA Ass. Profissional no Atendimento

☐ Vermelho - emergência
 ☒ Amarelo - urgência
 ☐ Verde - pouco urgente
 ☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação
 ☐ Consulta c/ observação
 ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura
☐ Posicionamento de Luxação
☐ Sutura
☐ Outros. Quais?

Queixa Principal: Dor em punho direito HD: Suspeita de fratura em punho direito
 Exame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (seuente para constar sem observação): SSVV: Tax °C P bpm R lprpm PA mmHg GC: mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

 Dr. Manoel Luciano
 Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

JANDIRA NUNES MARTINS
Atendimento humanizado de qualidade
CNPJ: 17.880-867/0001-19
Rua Cônego Cardoso, Nº 368 - Centro
Santa Cruz do Piauí - PI
E-mail: jandiranunes@jandira.com

☐ 1ª consulta ☐ consulta subsequente

Alta: ☐ Melhor ☐ Evasão Data: 06/01/18
☒ Transferência ☐ Óbito Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Jon Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 41
Profissão: Operador de Máquinas DN: 03/02/1976 Sexo: ☒ M ☐ F
RG/CPF: 53.200.209-X SSP-SP CNS: 100 403309 1660 99
Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()
End. Res.: Rua Cardeal Dom Bosco Cidade: Santa Cruz do Piauí
Bairro: Centro Cep.: 64-545-000 UF: PI
End. Local: _____ Cidade: _____
Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____
Pai: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina M^{te} Tiviu de Sousa
Responsável: O próprio RG/CPF: _____
Parentesco do responsável: OP Grau de instrução: _____

Dados do Atendimento

Data: 06/01/2018 Hora: 12:00 Condução: Própria
Motivo de Procura: Acidente motorcyclista Convênio: SUS
Acid. Trab.: ☒ Caso Policial: ☒ Trauma: S Maus Tratos: ☒ Notificar? ☒

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito Evento Principal: Acidente de moto
Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito
Beatriz Maria dos Santos
ENFERMEIRA
Ass. Profissional no Atendimento
☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☐ Outros. Quais? _____

Queixa Principal: Dor em punho direitoHD: Suspeita de fratura em punho direitoExame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante imobilização passiva do punho direito.

Medicação (semente para consulta sem observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ irpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano
Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 000000122165-1

Nr. da Autenticação 2DF0897D0B8E3D4A



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 735 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 Insc. Estadual: 15.301.331-5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Selo Verde
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI

Para contato
060900 Informar
seu NÚMERO

STO. 000190

0459836-9

nº da Rôta Fixa 018542967

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
MARCO/2019 13-03-2019
CONSUMO (kWh) 61 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,79

MARCOS JOSE FERNANDES
R. CONSELHEIRO CHICACA 202 S/C B-URBANO
CPF: 000000000-00
CEP: 64.545-000 - SANTA CRUZ DO PIAUÍ ROT: 207.680.04.07.090400

DADOS DA LEITURA	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
Atual:	2476	Atual:	06/03/2019
Anterior:	2415	Anterior:	04-02-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04-04-2019
Consumo Medido:	61	Entrega:	04-03-2019
Consumo Faturado:	61	Apresentação:	06-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Insignificância:	
		Classe de Consumo:	30

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR					
Classificação	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Rec.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1674848		1.1.1.1	65

HISTÓRICO MÊS		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo		
FEV/19	70	CONSUMO	61 A R\$ 0,868147 = 52,95
JAN/19	70	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,84
DEZ/18	67		
NOV/18	74		
OUT/18	73		
SET/18	82		
AGO/18	66		
JUL/18	43		
JUN/18	63		
MAI/18	51		

TAXA SEM TRIBUTOS
DA 61 - 0,623668

Comprovante de residência



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
11/2018 69,86
Informamos que o valor de 69,86 R\$ é o valor devido em 11/2018. Caso não seja pago até esta data, o valor devido será acrescido de juros e multa. Para evitar o corte de energia, favor pagar o valor devido até o dia 15/02/2019. Caso não seja pago, a concessionária se reserva o direito de suspender o fornecimento de energia elétrica.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO FISCAL 8289.000F AC11.5113 FB8B C50C 9F89 5201

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	10,98	Base de Cálculo:	52,95 41,30
Energia:	21,21	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,59	Valor do ICMS:	11,64
Encargos:	2,26	Valor do PIS:	0,58
Tributos:	14,90	Valor do COFINS:	2,68

TAXAS E CONTRIBUIÇÕES								
	DIE			FIC			OBR	DECS
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Uso:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Acrescimo:	0,00			0,00			0,00	
Outros:								

Período de validade: 01/2019 FUSO: 0,00



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRACA ANTONIO NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0492123
Data: 08/01/2018
Funcionário: WALKIRIA

Registro: 382722
Hora: 14:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 112

SUS

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

Nasc.: 03/07/1976 Idade: 41 ANOS, 6 MESES, 5 DIAS Profissão:
End.: SANTA LUZIA, 355 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: (89) 9881-95194 Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

CPF: - RG: 53202204x - SUS:

Civil:

CEP: 64600-000

Cidade: PICOS/PI

Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Clínica: ORTOPEDIA

Demanda: PARTICULAR

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Lesão de mão com dor em polegar
do polegar

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Lesão ortopédica mão direita (19)

Prescrição Médica:

Rx mão D < 40°
Tala gesso

Internar

Anotações da Classificação de Risco

Dr. Evellto de Sá Barros
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / HSS
CRM-PI 45207/07

Hora: 14:48:40

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA COM LUXAÇÃO EM POLEGAR DE MÃO DIREITA

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 159/88 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

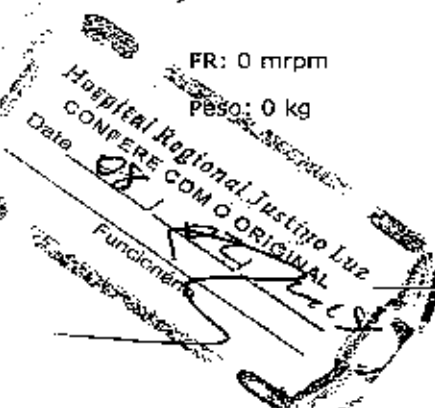
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO ORTOPEDISTA



Ana Flavia Cabral Feitosa
Enfermeiro Responsável
CRM-PI 518.785

529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES
Paciente ou Responsável

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 190712/07

3424 - JOSÉ AYRES PEDREIRA JUNIOR
Médico Responsável



**CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-RAIO-X DIGITAL -MAMOGRAFIA
DIGITAL -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -
ULTRASSONOGRAFIA -DENSITOMETRIA ÓSSEA

Paciente:

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Idade:

41,7 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

217071

Convênio:

Particular

Data:

16/02/2018

Raio - X - MÃO direita

Laudos

-A radiografia digital mostrou:

-Fios metálicos na mão direita.

-Controle cirúrgico (pós operatório)

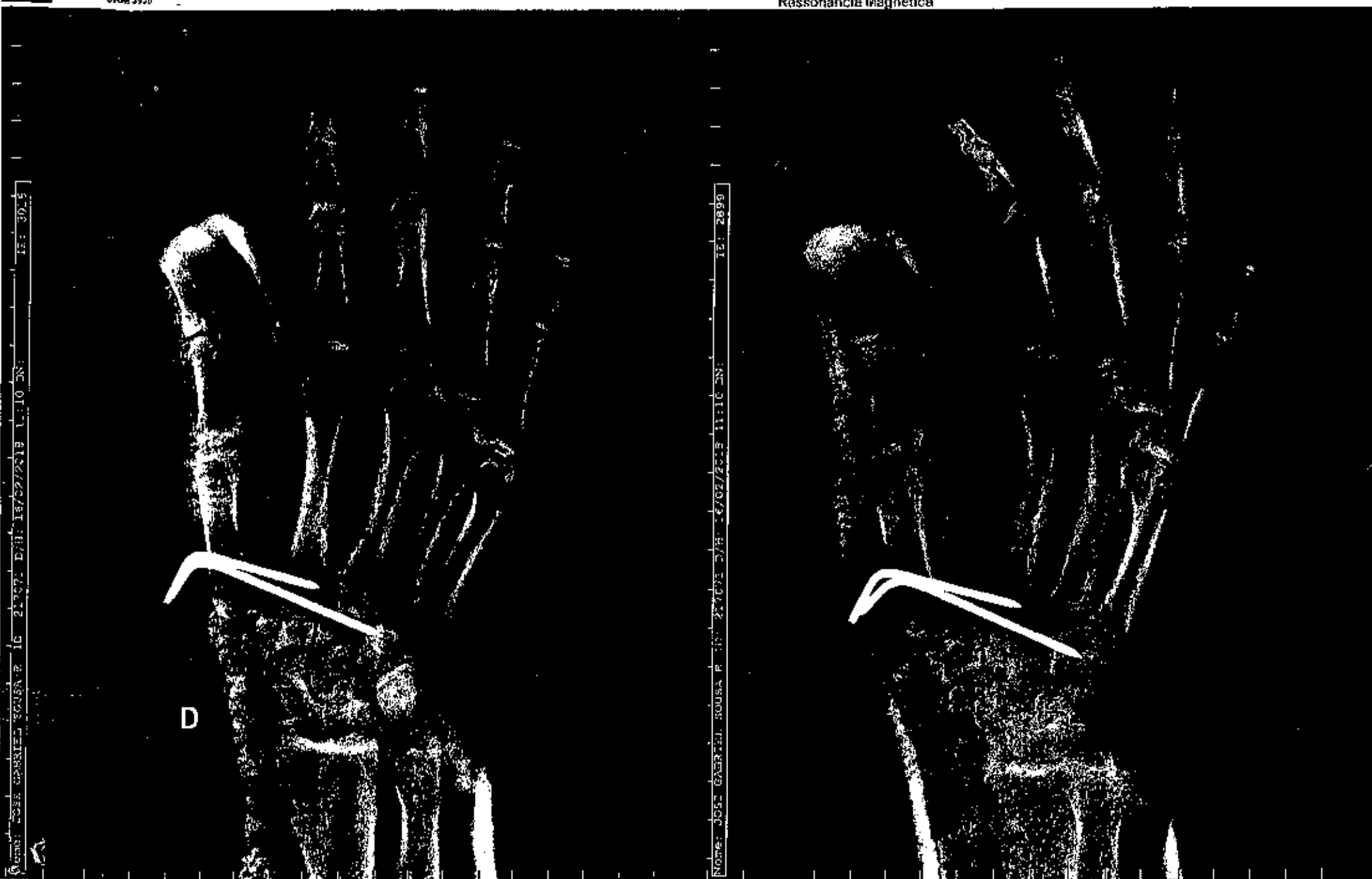
DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/P1

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/P1



CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA
Dr. Walter Pereira Soares
CRM 517
Dra. Larissa Macêdo Soares
CRM 3920

Raio-X Digital
Ultrassonografia
Mamografia Digital
Densitometria Óssea
Tomografia Computadorizada
Ressonância Magnética



Nome: JOSE GABRIEL SOUSA P. ID: 217071 D.H: 18/02/2013 11:10 DN: 15: 3015

Nome: JOSE GABRIEL SOUSA P. ID: 217071 D.H: 18/02/2013 11:10 DN: 15: 2899



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



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

RECEITUÁRIO

NOME: Serei Gabriel S. R.

+ Fina

+ 20 mm

+ Fratura bone 3 - Metacarpo (D)

José Ayres Pedreira Junior
Médico / Especialista
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 12000
Rég. Prof. 12000

Data 02/03/18 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



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

RECEITUÁRIO

Nome: Som Gabriel de S. Rocha

+ Ex-luvion 3 = MTC

+ Retorno Policlínica ortopedia 15 dias

+ Retorno ao posto 30 dias
Curativos 2 dias
Manter Tala 30 dias

José Ayres Pereira Júnior
Ortopedista
CRM 10.000/10

Data 12 / 01 / 18 Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ**

GNPJ: 00.998.376/0001-37

Rua Marechal Deodoro, S/Nº- Centro
CEP: 64.545-000 - Santa Cruz do Piauí-PI

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Data: 28, 03 18

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

1/ Deocil SL clor
01x comp- 22 de m/18

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Sistema Único
de Saúde

GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO INDIVIDUALIZADO

Unidade de Saúde de Origem

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde

Nome do Paciente

Endereço de Residência

Data nasc.

Idade

Sexo

☐ M ☐ F

Bairro

Município

SANTA CRUZ DO PIAUÍ

Estado

PIAUÍ

Código IBGE

CEP

64.545-000

Caráter Atend.

Raça / Cor

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento

Descrição do Procedimento

Qtde

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Diagnóstico

Cid 10

OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)

DATA

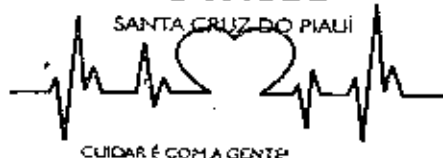
05/06/10

Ass. Solicitante

Realizado em:

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

SANTA CRUZ DO PIAUÍ



CUIDAR É COM A GENTE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Declaração

Declaro para os devidos fins que o senhor José Gabriel de Sousa Rodrigues, portador de R.G.: 53.202.204, e CPF: 256143668-30 está realizando tratamento fisioterapêutico no Centro de Saúde Gleiana Martins. O paciente foi vítima de acidente motociclístico, sofrendo trauma no primeiro metacarpo da mão direita (polegar), comprovado através de exame de imagem. O mesmo apresenta um quadro algico de forte intensidade na mão direita, associado a diminuição da amplitude de movimento e força muscular do membro acometido, estando impossibilitado de realizar suas atividades laborais.

Santa Cruz do Piauí, 05 de junho de 2018

Jessica Santos Pinheiro

Jessica Santos Pinheiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 202247-F
CPF: 043.049.163-64

Voltando à consulta traga esta receita

Rua Marechal Deodoro, S/N - Centro - Santa Cruz do Piauí - PI - Fone: (89) 3445-1253



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



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

Atestado Médico

Atesto que Sore Gabriel de Sousa Rocha
esteve neste hospital dia 1 / 1 / 2018 das 10 às 18 horas:

- ☐ Acompanhando familiar.
- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 30 dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retornar para consulta em _____

Diagnóstico / C.I.D.: I62 Picos-PI, 12 de 01 20 18

José Ayres Pedreira Júnior
Ouro Preto, 11 de 01 de 2018
CRM 10.000

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



HRJL

Hospital Regional Justino Luz



PIAUI
GOVERNO DO ESTADO

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

Atestado Médico

Atesto que Sr. Gabriel S. Silva
estive neste hospital dia 1 de 1 das 12 às 18 horas.

- ☐ Acompanhando familiar.
- ☐ Para atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento, devendo permanecer afastado por 60 dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retomar para consulta em _____

Siquiera Travenca 42

Metoclorpramida (M)

Diagnóstico / C.I.D. S62.792.9 Picos-PI, 02 de 03 de 2018

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente (Assinatura)



Paciente:

JOSÉ GABRIEL DE SOUSA RODRIGUES

Idade:

41,7 Ano(s)

Médico:

Nº do Exame:

217071

Convênio:

Particular

Data:

16/02/2018

Raio - X - MÃO direita

Laudos

- A radiografia digital mostrou:
- Fios metálicos na mão direita.
- Controle cirúrgico (pós operatório)

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



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

RECEITUÁRIO

NOME:

João Gabriel de Sousa Fializ

11

Virola

Obstetra _____ *256*
Tam de 10, 10, 12/126

7

Ronald
Ronald Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2525 - CPF 673.584.193-00

Data *08/07/15* Dr. _____

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



NOME:

Raimundo Norberto Rodrigues de Moura
PROFESSOR DE TRANSLADOLÓGICA
CAMPUS 1 - UNICAMP

Data: / / Dr:

= FUMAR FAZ MAL À SAÚDE =



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0492123
Data: 08/01/2018
Funcionario: WALKIRIA

Registro: 382722
Hora: 14:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 112

SUS

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

Nasc.: 03/07/1976 Idade: 41 ANOS, 6 MESES, 5 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64600-000
End.: SANTA LUZIA, 355 - Bairro: CENTRO Cidade: PICOS/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9881-95194 Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Clinica: ORTOPEDIA Demanda: PARTICULAR Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO, COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Queixa de mão com dor em polegar esquerda

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Luxação orotipica do polegar (19)

Prescrição Médica:

Rx mão D e A 70
Abel-guc

Internação

Anotações da Classificação de Risco

Dr. Erivelto de Sá Barros
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 45307/07

Hora: 14:48:40

Prioridade:

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

Queixa/História: TRAUMA COM LUXAÇÃO EM POLEGAR DE MÃO DIREITA

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 159/88 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHAMENTO EM ANEXO

Conduta: AO ORTOPEDISTA

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES
Paciente ou Responsável

529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
Enfermeiro Responsável
3424 - JOSÉ AYRES PEDREIRA JUNIOR
Médico Responsável

Atendimento:	1047591
Data:	09/01/2018
Hora:	13:17

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

Nº AIH

BOLETIM DE ADMISSÃO

382722 - JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 03/07/1976 - Cor/Raça: 03-PARDA

41 ANOS,6 MESES,6 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 14- ORTOPEDIA - F

Leito: C14/68

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 3424 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

CPF:256.143.668-30

RG: 53202204x

CNS:898001490577094

SIS Prenatal:

Endereço: SANTA LUZIA, Nº 355 - CEP: 64600-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão: LAVRADOR

Telefone: (89) 9881-95194

Pai: GABRIEL ANTONIO RODRIQUES

Mãe: BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

Responsável: DANIELY MARIA DE MOURA SILVA - (89) 9881-95194 - PRIMA

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

-48 Horas

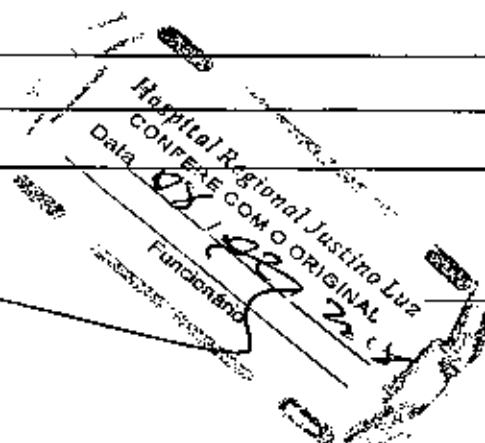
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

Hospital Regional Justino Luz - Pça Dr. Antenor Nelva, 184 - CEP: 64.601-301 - Picos - PI

<i>Jose Gabriel de Souza Rodrigues</i>		PRONTUÁRIO	CLÍNICA				
DATA/ HORA/ CÓDIGO	08/01/12	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	ENF. OU APT 14	LEITO 68	MÉDICO ASSISTENTE
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
				SND	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
① Dieta geral ② Piprona 1g (EU) 6/6h ③ Furosemida 40mg (EU) 1x/dia ④ SSUV 8mg				Atencão	14	As 10:52 Pac. admitido p/ tratamento Clínico Cirúrgico ortopedico; apresentando fratura em anel esquerdo, segue em evolução.	
<i>Dr. Erivelto de S. Barros</i> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 14154 CRM-PI 45207/201						<i>Dr. Lécio</i> 608-214	
						Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL Data 08/01/12 Funcionário	

4

[illegible]

[illegible]



Hospital Regional, Justino Luz - Pça Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-301 - Picos - PI

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA
José Gabriel de Sousa			
DATA/ HORA/ CÓDIGO	PREScrição Médica	QUANT.	ENF. QUART LEITO MÉDICO ASSISTENTE
			14 68 1 1
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
			HORÁRIO OBSERVAÇÕES
11/05/18	① Manta livre sobre dorso anterior ② SFO 9% - 100ml IV, 14g/kg ③ Cefalosporina 2g + AN, IV, 6/6h ④ Tilatil 4mg P.O., IV, 12/12h ⑤ Ringer 2ml + 18ml AN, IV, 6/6h ⑥ Tranal 50mg + 100ml SFO 9% IV, 8/8h ⑦ Manta sobre dorso anterior ⑧ SSVV + CC 6B	14 2g 14 06 14 06 14 06 14 06 14 06 14 06 14 06	11:10 Submetido à intervenção de 1º grau por de mão direita pela bloqueio + anest. 4Hh após a p.o. de Ringer a v.v.o. sem complica ções, foi liberado pelo Dr. Ivali Antônio Fontes de ENFERMEIRO COREN-PI 512.53
			10:00h duração 11:00h do mu birado 11:00h do Dr. 21/05/18 11:00h do Dr. 21/05/18
			Hospital Regional Justino Lima CONFERE COM ORIGINAL Data: 11/05/18 Fui Porato

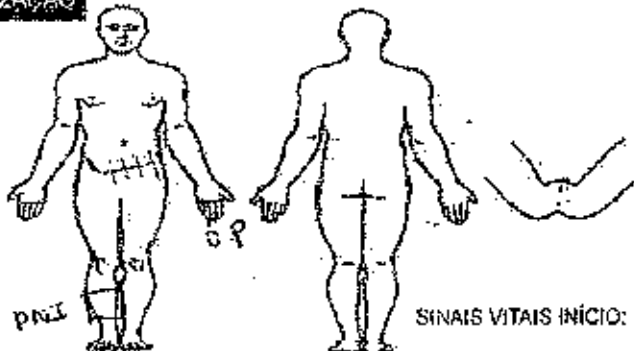
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Nelva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: José Gabriel de Sousa Rêgo - 1985

CIRCULANTE: <u>Tereza + Clays + Rosilene</u>		SALA Nº <u>04</u>
ENTRADA NA SO <u>11:05</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>11:05</u>	INÍCIO DA CIRURGIA <u>11:10</u>
SAÍDA DA SO <u>11:42</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>11:30</u>	TÉRMINO DA CIRURGIA <u>11:30</u>
CIRURGIA PROPOSTA: _____		
CIRURGIA REALIZADA: <u>Osteossíntese do 4º metacarpo da mão direita</u>		
CIRURGIÃO: <u>D^r Ronaldo</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>D^r Eduardo</u>	INSTRUMENTADOR: <u>Marcelo</u>
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____	2º _____ CRM _____	

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE SISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 129x69 SATO 98% FC 78 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 137x70 SATO 99% FC 81 bpm

TIPO DE ANESTESIA

☒ BLOQUEIO - SEDAÇÃO	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL
☐ BLOQUEIO AXILAR	☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	☐ LOCAL
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	☐ BLOQUEIO PERIBULBAR	☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ GERAL COMBINADA (V+I)	☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
	☐ GERAL INALATÓRIA	☐ SEDAÇÃO + LOCAL
		☐ TOPICA

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

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL	☐ GINECOLÓGICA	☐ LATERAL ESQUERDO	☐ SENTADA	☐ TRENDLENBURG
☐ VENTRAL	☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL DIREITO	☐ SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO	☒ PVPI DEGERMANTE	☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	☐ PVPI TÓPICO
ANTI-SÉPSIA	☐ PVPI ALCOOLICO	☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	☒ EQUIPE MÉDICA	☐ EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTO REALIZADOS

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

☐ SONDA URETRAL Nº _____	☐ COLETOR	☐ UROSTOP	☐ AP BARBEAR _____ UNID	☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____	☐ LANCETA _____ UNID	☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____	☐ JELCO Nº _____	

GARROTEAMENTO

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

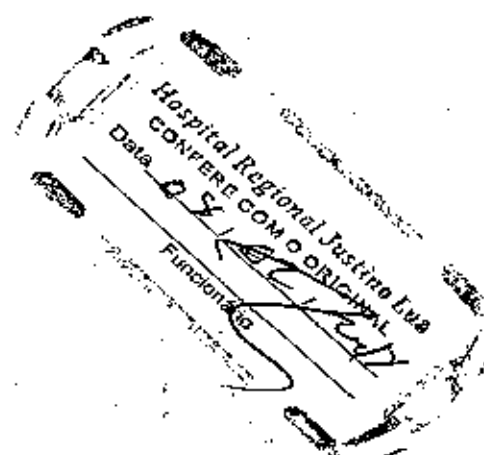
SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO	☐ SIM	LOCAL _____	N DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO	☐ RX	☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	☐ OUTROS _____	☐ NÃO SE APLICA

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>José Gabriel de Sousa Rodrigues</i>			DATA <i>11/09/18</i>	PRONTUÁRIO <i>382722</i>	LEITO <i>C14</i> <i>68</i>
PROCEDIMENTO <i>Ortopedia de Metacarpo 1º</i>			SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐
SERINGA 5 ML 10 ML	<i>02</i>			BOMBA DE INFUSÃO	☐
SERINGA 20 ML	<i>02</i>			ASPIRADOR	☐
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	☐
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐
AGULHA 40X12	<i>01</i>			ULTRASSON	☐
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐
ÁGUA DESTILADA 10 ml	<i>02</i>				
PVPI	<i>02</i>				
SONDA VESICAL					
COLETOR DE URINA					
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>02</i>				
ATADURA COM CREPOM					
ATADURA GESSADA					
ATROPINA				USO DA SALA	
KETALAR				INÍCIO	TÉRMINO
DIMORF				<i>11:10h</i>	<i>11:30</i>
NEOCAÍNA PESADA				DURAÇÃO	
LIDOCAÍNA				<i>20 min</i>	
PROPOFOL				OPERADOR <i>Dr. Ronaldo</i>	
MIDAZOLAN	<i>01</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Ronaldo</i>	
DIÁZEPAN <i>Decadron</i>	<i>01</i>			AUXILIAR	
TIOPENTAL				ANESTESISTA <i>Dr. Eduardo</i>	
EFORTIL				TIPO DE ANESTESIA <i>Bleuquino</i>	
DIPIRONA				INSTRUMENTADOR	
CEFAZOLINA <i>2 g</i>	<i>10/10</i>			OCORRÊNCIAS	
FENTANIL	<i>01</i>				
FLUMAZENIL					
PLASIL					
VITAMINA K					
VITAMINA A					
OCITOCINA					
METHERGIN					
CAT-GUT SIMPLES					
CAT-GUT CROMADO					
FIO DE ALGODÃO					
NYLON					
VYCRIL					
PROLENE					
CLAMP UMBILICAL					
PULSEIRA RN					
GAZE <i>10x10</i>	<i>03</i>				
ESPARADRAPO <i>cu</i>	<i>30</i>				
LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	<i>01</i>				
LUVA ESTÉRIL	<i>02</i>				
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>03</i>				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% <i>500 ml</i>	<i>03</i>				
SORO GLICOSADO 5%					
MANITOL					
RINGER LACTADO					
JELCO					
TUBO OROTRAQUEAL					
AGULHA STIMUPLEX					
EQUIPO Fio de Kirschner nº 2/0 + 02					
AGULHA DE RAQUE					
TENDONCAT Cateter nasal	<i>01</i>				



Ronaldo Cortez Barros
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2925 - CPF 873.504.123-08

MÉDICO: *Dr. Ronaldo*
ENFERMEIRA(O): *Talli*
TÉC. ENFER.: *Tereza G33.25076 +*
Chys + Rosilene

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOSE GABRIEL DE SOUSA RODRIQUES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

382722

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

848006490577094

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/07/1976

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

03

10 - NOME DA MÃE

BERNARDINA MARIA TIVIU DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9881-95194

12 - ENDEREÇO

SANTA LUZIA, 355 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PICOS

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Glaucoma de olho com dor em olho esquerdo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Urgente

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

Ex oftalmológico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Glaucoma crônico bitemporal

21 - CID PRINCIPAL

S62.4

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020377

26 - CLÍNICA

ONCA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

673.564.193.0001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Ayres J. ...

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/18

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Ayres J. ... CRM 3424-TCO-13.072

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220800001

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

46 - CODUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura paciente/Responsável

Dr. Daniel M. de Moura Silva

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: <i>Dr. Gabriel de Sousa</i>		SEXO:	APT:	LEITO:
FRONTIÁRIO:	CONVÊNIO:	DATA:		HORA:

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO

fratura *ulnareira de 12 metacentros de mão*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA: *15/05/18* INÍCIO DA CIRURGIA: FIM DA CIRURGIA:

CIRURGIA PROPOSTA: *Osteossintese com* CIRURGIA REALIZADA: *A mesma*
fio de Kirschner

TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: ☒ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO

☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ACHADO CIRÚRGICO

(1) Fratura de ulnareira local sob anestesia e sangria
fandagem com fios de Kirschner
(2) Redução + fixação de articularização transverso
de mão direita com fio de Kirschner
(3) Curativos e imobilização

[Assinatura]

Rômulo Collioz Sáez
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA
CRM 2525 - CPF 473.584.193-06

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA ☐ NÃO ☐ SIM **ANATOMIA PATOLÓGICA** ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS? **Nº DE PEÇAS:** **LOCALIZAÇÃO:**

MATERIAL ESPECIAL ☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO ☐ ÓRTESE/TIPO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA: ANESTÉSICO: DURAÇÃO:

ANESTESISTA: CREMEB:

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

**FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO** Registro: 20.146-1**JANDIRA NUNES MARTINS**

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.690-867/0001-19

Rua Cônego Cardoso, N° 380 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: jandiranunes@hotmail.com

☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ EvasãoData: 06/01/18☒ Transferência☐ ÓbitoHora: 15:00**SUS****Dados do Paciente**Nome: Don Gabriel da Silva Rodrigues Idade: 41Profissão: Obrador de Maquinário DN: 03/02/1976 Sexo: ☒ M ☐ FRG/CPF: 53.200.209-X SSP-SP CNS: 400.403.509.766.0.99Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()End. Res.: Rua Cardeal Cereja Cidade: Santa Cruz do PiauíBairro: Centro Cep.: 64-545-000 UF: PI

End. Local: _____ Cidade: _____

Bairro: _____ Cep.: _____ UF: _____

Pal: Gabriel Antonio Rodrigues Mãe: Bernardina Mª Tereza de SousaResponsável: O próprio RG/CPF: _____Parentesco do responsável: PF Grau de Instrução: _____**Dados do Atendimento**Data: 06/01/2018 Hora: 14:00 Condução: PropriaMotivo da Procura: Acidente motorcyclista Convênio: **SUS**Acid. Trab.: ☒ Caso Policial: ☒ Trauma: S Maus Tratos: ☒ Notificar? ☒**Dados da Classificação de Risco**Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito Evento Principal: Acidente de motoBreve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direitoBeatriz Maria dos Santos
ENFERMEIRA
Ass. Profissional no Acolhimento☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgenteProcedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura☐ Outros. Quais? _____Queixa Principal: Dor em punho direito HD: Suspeita de fratura em punho direitoExame Clínico/ Físico: Dor e limitação do movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ lpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

MÉDICO

CRM PI 5663

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico



UMS

JANDIRA NUNES MARTINS

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.880-887/0001-18

Rua Cônego Cardoso, Nº 350 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: umsjandiranunes@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO Registro: 20.146-1

☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ Evasão

Data: 06/01/18

☒ Transferência☐ Óbito

Hora: 15:00

SUS

Dados do Paciente

Nome: Sr. Gabriel da Silva Rodrigues

Idade: 41

Profissão: Operador de Máquinas

DN: 03/02/1976

Sexo: ☒ M ☐ F

RG/CPF: 53.200.209-X SSP-SP

CNS: 300 403309 1660 99

Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo

Tel.: ()

End. Res.: R. Cardeal Cícero

Cidade: Santa Cruz do Piauí

Bairro: Centro

Cap.: 64-545-000

UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cap.:

UF:

Pat: Gabriel Antonio Rodrigues

Mãe: Bernardina M. Távila de Sousa

Responsável: O próprio

RG/CPF:

Parentesco do responsável: Filho

Grau de Instrução:

Dados do Atendimento:

Data: 06/01/2018	Hora: 14:00	Condução: Própria
Motivo da Procura: Acidente automobilístico	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: ☒	Caso Policial: ☒	Trauma: ☒
Maus Tratos: ☒	Notificar? ☒	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: Dor intensa em punho direito	Evento Principal: Acidente de moto
Breve História: Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito	Beatriz Maria dos Santos ENFERMEIRA Ass. Profissional no Acolhimento
☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente	

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar

☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura

☐ Outros. Quais? _____

Quebra Principal: Dor em punho direito

HD: Suspeita de fratura em punho direito

Exame Clínico/Físico: Dor e limitação de movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ lpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

MÉDICO

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

EXCERDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. 45 DA VERDADE.
SANTA CRUZ DO FIAT-PI, 05/03/2018.

Edgar Nunes Martins - Beliao
Emol: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,25 Total: 3,12 Selo: 481.81034
ESP26 SAM

CARTORIO
COMARCA STA. CRUZ
Edgar N. Martinez

**SANTA CRUZ DO PIAUI -
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**

~~COAR HUNES MARTINS~~

Selo de Fiscalização ADELIAO-
UNTA-Comissão de S. DOS S. MARTINE
COMISSÃO DE COMPROMISSADA-
COMISSÃO DE COMISSÃO CARVALHO
COMISSÃO DE COMISSÃO

AUTENTICAÇÃO

AB1 81036

**FICHA DE ATENDIMENTO - ACOLHIMENTO** Registro: 20.146-1

JANDIRA NUNES MARTINS

Atendimento humanizado de qualidade

CNPJ: 17.890-887/0001-19

Rua Cônego Cardoso, Nº 348 - Centro

Santa Cruz do Piauí - PI

E-mail: jandiranunes@hotmail.com☐ 1ª consulta☐ consulta subsequente

Alta:

☐ Melhor☐ EvasãoData: 06/01/2018☒ Transferência☐ ÓbitoHora: 15:00**SUS****Dados do Paciente**Nome: Jon Gabriel da Silva RodriguesIdade: 41Profissão: Obrador de MaquiagemDN: 03/02/1976Sexo: ☒ M ☐ FRG/CPF: 53.202.209-X SSP-SPCNS: 700.403309166099Estado Civil: ☐ casado ☒ solteiro ☐ união estável ☐ viúvo Tel.: ()End. Res.: Rua Cardeal CerejaCidade: Santa Cruz do PiauíBairro: CentroCep.: 64-545-000UF: PI

End. Local:

Cidade:

Bairro:

Cep.:

UF:

Pai: Gabriel Antonio RodriguesMãe: Bernardina M. Távila de SousaResponsável: O Proprietário

RG/CPF:

Parentesco do responsável: EP

Grau de Instrução:

Dados do Atendimento

Data: <u>06/01/2018</u>	Hora: <u>14:00</u>	Condução: <u>Própria</u>
Motivo da Procura: <u>Acidente motociclístico</u>	Convênio: <u>SUS</u>	
Acid. Trab.: <u>N</u>	Caso Policial: <u>N</u>	Trauma: <u>S</u>
Maus Tratos: <u>N</u>	Notificar? <u>N</u>	

Dados da Classificação de Risco

Sinal/Sintoma: <u>Dor intensa em punho direito</u>	Evento Principal: <u>Acidente de moto</u>
Breve História: <u>Paciente com história de acidente automobilístico (moto) com trauma em punho direito</u>	<u>Beatriz Maria dos Santos</u> ENFERMEIRA Ass. Profissional no Atendimento
☐ Vermelho - emergência ☒ Amarelo - urgência ☐ Verde - pouco urgente ☐ Azul - não urgente	

Procedimentos: ☐ Consulta s/ observação ☐ Consulta c/ observação ☐ Internação Hospitalar
☒ Imobilização de fratura ☐ Posicionamento de Luxação ☐ Sutura
☐ Outros. Quais? _____

Queixa Principal: Dor em punho direitoHD: Suspeita de fratura em punho direitoExame Clínico/ Físico: Dor e limitação de movimento durante mobilização passiva do punho direito.

Medicação (comente para consulta com observação): SSVV: Tax _____ °C P _____ bpm R _____ lpm PA _____ mmHg GC: _____ mg/dL

Prescrição Médica	Horário	Anotação de Enfermagem

Dr. Manoel Luciano

Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Cartório do 1º Ofício de Notas, Registro de Imóveis e Registro Civil das Pessoas Naturais da Comarca de Santa Cruz do Piauí - PI
Praça Clementino Martins - nº167 - Centro - CEP: 64.545-000
e-mail: cartoriosantacruzdo Piaui@hotmail.com

CERTIFICADO - O presente foi lido em voz alta com a finalidade de EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TESTAMENTO DA VERDADE. SANTA CRUZ DO PIAUI - PI, 05/03/2018.

Edgar Nunes Martins - Tabelião

Emol: 2,39 TJ: 0,48 Selo: 0,25 Total: 3,12 Selo: 0,25

(F50F26)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
COMARCA STA. CRUZ DO PIAUÍ
Edgar N. Martins



SANTA CRUZ DO PIAUI - PI
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
EDGAR NUNES MARTINS
TABELIÃO
Selo de Propriedade
e Autenticação
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Cartório de Notas
Registro de Imóveis
Judicial

AUTENTICAÇÃO

ABI 81037