



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO - PI



Termo de retificação

CERTIFICO, para os devidos fins e por ser a expressão da verdade, que o proprietário do veículo honda /bíz 125 es, placa NIO-4506, ano 2010-2010 pertence a senhora MARIA DE OLIVEIRA SILVA conforme boletim de ocorrência nº 231803.000045/2019-71 referente a um acidente de transito. **O Referido é verdade e dou fê.**

Elesbão Veloso-PI, 12 de agosto de 2019.

Daniel de carvalho silva

Delegado de Policia Civil – Mat. 3112900





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000053/2019-16

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 05/09/2019 - 16:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, Nº

Complemento

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

RG: 3103927 SSP PI

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Endereço: POVOADO MALHAÇA VERMELHA, Nº 516

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Tipo Envolv: VITIM/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125 ES

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIO4506

Renavam:

223410675

Cor:

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUINTE DINÂMICA: O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224, QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA GRANDE À CIDADE DE FRANCINÓPOLIS-PI, QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO QUE ATRAVESSAVA A PISTA E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATE O HOSPITAL REGIONAL JUSTAQUIO PORTELA, NO MUNICÍPIO DE VALENÇA DO PIAUÍ, PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, NA CIDADE DE PICOS PI, ONDE FOI FEITO EXAME DE RAIOS-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA, ERA O QUE TINHA DE DECLARAR.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat.
AGENTE DE POL.

ALESSO MENDES DA SILVA
ALESSO MENDES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luiz Carlos Leal Pires
Delegado Geral de Polícia Civil
9.11.2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do alvará ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.847.173-97 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexsandro Mendes da Silva 6 - CPF: 045.847.173-97
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Rua do Machado, 123, Jd. Primavera
9 - Número: 510 10 - Complemento: Primavera
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Francinópolis 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.520-000
15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)
☒ CONTA POUPEIRA (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: 1607 CONTA: 69708 1 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Francinópolis - PI 30.07.2019

ALEXSANDRO MENDES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

211-800165897-2

30/JUL/2019

HORA DE 13:09:00

UT: 16.012722 0

IFRM: 025222

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO

AG. VINCULADA: 1607

CONTROLE: 408828758

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 013 00069708-1

ALESSO MENDES DA SILVA

VALOR

:

0,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

211-800165897-2

1ª VIA



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0226155

Data: 12/12/2018

Funcionário: EDIMAR

Registro: 103010

Hora: 21:38:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

ALESSO MENDES SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

End.: POVOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Civil: CEP: 64520000

Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTÂNEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere dor súbita

acutizada no abdômen, quimica de 04 em ponto D

Exames Complementares: RX evidenciam fratura fechada, completa,

radio distal direito

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica: Salvo regulação ortopédica

Hora: 21:40:31

☐ Internação

J. CORRETORES
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:40:31

Prioridade:

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

Exame/História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAO X

Conduta:

Rosanna Rafaela
Enfermeira
COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFAELA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Hora:

Salvo regulação ortopédica

ALESSO MENDES SILVA
Paciente ou Responsável

5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRO
Médico Responsável

D. Francisco Dantas III
Médico
CRM-PI 5994
042.712.623-35

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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000069708-1

Nr. da Autenticação C2F21722668265E9

contabil
LIGIA
cepisa

Para controle
de consumo, informe
esse número

SEU CÓDIGO
0250659-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.307.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - S/N B-1
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 023168305

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 50.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	115	110,58

IRISMAR MENDES DA SILVA
PV MALHADA VERMELHA S/N B-RURAL
CPF: 00005202092814
CEP: 64.520-000 - FRANCINÓPOLIS

ROT: 32.691.12.83.057300

DADOS DA LEITURA		FCAM	DATAS DA LEITURA	
Atual	kWh		Atual	
Anterior	9725		14/06/2019	
Constante de Multiplicação:			16/05/2019	
Consumo Medido:	115		16/07/2019	
Consumo Faturado:	115		13/06/2019	
			14/06/2019	

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dia de Contagem: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	2400113
RESIDENCIAL	MONO	A1427113		1.1.1.1	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mai/19 116	CONSUMO 115 A R\$ 0,863722 = 99,32
ABR/19 104	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,56
MAR/19 109	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,33
FEV/19 124	MULTA POR ATRASO 05/19-00 2,01
JAN/19 118	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,36
DEZ/18 113	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,59
NOV/18 161	
OUT/18 145	
SET/18 156	
AGO/18 145	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
UA 115 - R\$ 0,863722	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 6434.CE56.8C6D.B410.7521.BC08.59C2.8AFA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	40,33	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	6,82	Alíquota ICMS:	21,85
Transmissão:	3,33	Valor do ICMS:	1,40%
Encargos:	27,96	Valor do PIS:	6,49%
Tributos:		Valor do COFINS:	5,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DSC		PIC		DSC		DSC	
Atual	7,27	Atual	14,55	Atual	14,78	Atual	14,78
Anterior	0,00	Anterior	0,00	Anterior	0,00	Anterior	0,00
NOVO ORIENTE				04/2019 36,58			

ROT: 32.691.12.83.057300

CORRETORA
DE SEGUROS
06 AGO 2019
DPVAT

TIM S.A.
Rua Lisandro Lagoira, 1514
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 06.421.421/0001-08 - I.E.: 134.445.855
CNPJ da Meia: 06.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 158,05

VENCIMENTO

25/05/2019

EMIÇÃO: 07/05/2019

POSTAGEM: 17/05/2019

FATURA: 3806497148

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no fim de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

Serviços TIM S.A.

VALOR

Oferta TIM Pós C Plus

R\$ 150,01

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 8,04

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/04 a 06/05	150,01
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	-49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
ilimitada	181m36s	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
Total de Mensalidades					150,01

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,29
ICMS	30%	R\$ 117,06	R\$ 35,12	FUNTEL: R\$ 0,29
PIS COFINS - Serviços Telecom	6,50%			
PIS COFINS - Serviços Não Telecom	3,25%			

Excluído do Imposto de Renda: 12,741,0012
As contribuições do FUST (2%) e FUNTEL (0,5%) não são representadas as centavos

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído (não tem custo)	
franquia	R\$ 145,00
SVA	R\$ 54,50
Descontos (ou Franquia)	R\$ -16,17
Descontos SVA	R\$ -13,65

DPVAT
6 AGO 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e cobrar em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
Mai/2019

DATA DE EMISSÃO
07/05/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/05/2019

VALOR
R\$ 158,05

9464000001-0 58050109011-3 00380649714-9 80121536776-5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 33 89 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800 022 12 06 | Central Ovidor: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ B49.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alessandro Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 045.847.173 / 97
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Alessandro Mendes da Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 045.847.173 / 97 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elsebas Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data:

Elsebas Veloso, Pi 31.07.2019

Adriana Paula de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

J CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

Eu, Maria de Oliveira Silva

RG nº 1.078.480, data de expedição / /

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 201.144.533-87

com domicílio na cidade de Francinópolis, no Estado de

Piau, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

localidade Cabeça do Boi nº 511

complemento zona rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alvaro Mendes da Silva, cujo o condutor era

Alvaro Mendes da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda / Biz ES Ano: 2010/2010

Placa: PI-04506 Chassi: 9CZJC4220AR352300

Data do Acidente: 12/12/2018

J CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

Local e Data: Francinópolis - Piau - PI 30.07.2019 **DPVAT**

Maria de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante



ALVARO MENDES DA SILVA

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



JUÍZARCA DE FRANCINÓPOLIS - PI.
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma de

*Francisco de Assis de
Silva e Messio*
Francisco de Silva

Em testº da verdade *Francisco de Silva* Dou fé

Francinópolis(PI) *30 / 07 / 2019*

Francisco de Silva
Escrivão Judicial
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.
Irene Luciano Rodrigues
Escrivente Designado
Matrícula: 4149823



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0226155

Data: 12/12/2018

Funcionario: EDIMAR

Registro: 103010

Hora: 21:38:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

ALESSO MENDES SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

End.: POVOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Civil: CEP: 64520000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pal: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere lesão no
acidente motorcyclístico, queda do cavalo em ponto D

Exames Complementares: RX evidenciam fratura fechada, completa,
rodio distal direito

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica: Soluto regulção ortopedica

Hora: ____:____

☐ Internação

J CORRETORES
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:40:31

Prioridade:

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

Exa/História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIOS X

Condulta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

ALESSO MENDES SILVA

Paciente ou Responsável


5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRA
Médico Responsável

UNIDADE MISTA DE SAÚDE PEDRO LOPES

Rua Abdo Portela, Nº 495 - Fone: 3472-1140
CNPJ: 06.553.564/0068-45 • Francinópolis-PI

Nome: Alvaro Mendes Silva

Registro: _____ Leito: _____ Inf.: _____

Data / Hora	Prescrição Médica	Horário	Relatório de Enfermagem
	# Acidente de motocicleta		
	Paciente 27 anos, BEG, consciente, orientado, Normotenso, Glasgow 15, fático. Apresenta múltiplas escoriações, edema em punho direito e pouca mobilidade na mesma. Paciente estável hemodinamicamente		
	CD: Sutura + limpeza e antisepsia de mão de joelho esquerdo + vacina Antitetânica. Solicito RX de punho direito		
	Obs: Se fratura presente em punho direito solicito ao colega plantonista para regular paciente para hospital de referência pois entenda uma viagem até o município e mais transporte ao paciente. A ambulância do município de Francinópolis - PI aguarda para possível transferência. Agradeço a atenção desde já.		
	 Dr. Alvaro Mendes Silva MÉDICO CRM-PI 7385		



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: P0594820

Data: 13/12/2018

Funcionário: FRAN

Registro: 402796

Hora: 00:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

SUS**ALESSO MENDES DA SILVA**

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil: CEP: 64520-000

End.: MALHADA VERMELHA, 0 Bairro: POVOADO

Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9994-28042 Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE FRANCINÓPOLIS - PI

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:****Prescrição Médica:****Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 00:29:46

Prioridade:
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente
Queixa/História: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMA EM PUNHO DIREITO(SIC)**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:**

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrp:n

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:**Conduta:** AO CLINICO**Dados da Alta**
☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

Hora:

ALESSO MENDES DA SILVA
Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
Médico Responsável

Atendimento	1056759
Data:	13/12/2018
Hora:	0:40

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

Nº AIH
ROSA

BOLETIM DE ADMISSÃO

402796 - ALESSO MENDES DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 08/03/1991 - Cor/Raca: 03-PARDA

27 ANOS, 9 MESES, 11 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/94 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2466 - GERALDO GONÇALVES NUNES

CPF: RG: 3109927 CNS:160052479080004 SIS Prenatal:

Endereço: MALHADA VERMELHA, Nº 0 - CEP: 64520-000 Bairro: POVOADO

Cidade: 2204006- FRANCINOPOLIS/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9994-28042

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Responsavel: SALETE MENDES DA SILVA - -

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

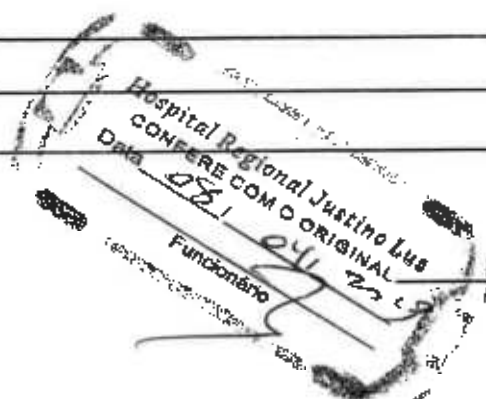
Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido.....

História Clínica

Diagnóstico Provável



GERALDO GONÇALVES NUNES



~~SECRET~~
~~ESTABLISHED BY~~
~~SECURITY DO PENDING~~



Alexis Menders

[illegible]



Hall
**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATORIO DE INFERMAGEM		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
	(1) 1000 11/11/13				
	(2) 1000 11/11/13				
	(3) 1000 11/11/13				
	(4) 1000 11/11/13				
	(5) 1000 11/11/13				
	(6) 1000 11/11/13				
	(7) 1000 11/11/13				
	(8) 1000 11/11/13				
	(9) 1000 11/11/13				
	(10) 1000 11/11/13				
	(11) 1000 11/11/13				
	(12) 1000 11/11/13				
	(13) 1000 11/11/13				
	(14) 1000 11/11/13				
	(15) 1000 11/11/13				
	(16) 1000 11/11/13				
	(17) 1000 11/11/13				
	(18) 1000 11/11/13				
	(19) 1000 11/11/13				
	(20) 1000 11/11/13				



Alexsandro Mendes da Silva



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>Memo Mendes da Silva</u>	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>41 Est. Justo (D)</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: <u>18/12</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL	SND			
2. JELCO SALINIZADO	SND			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H	SND			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN	SND			
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	SND			
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	SND			
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS	SND			
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H	12 24			
9. SSVV- CCGG				



PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

PRONTUÁRIO <i>Almeida Mendes da Silva</i>		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MEICO ASSISTENTE
	<i>Fratura de Rádio Distal</i>				
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÃO	
<i>17/12/2018</i>	<p>1 - Dieta <i>normal</i></p> <p>2 - SF0,9%, 1000ml IV, p/24hrs</p> <p>3 - Dipirona 3ml IV, 6/6hrs</p> <p>4 - Tramal 100mg+100ml SF0,9% IV, SOS</p> <p>5 - <i>Braquiospina 4mg @; B12 @; B6 @</i></p> <p>6 - <i>Curiosidade 4mg @; No; pela manhã</i></p> <p>7 - <i>Cuidados gerais</i></p> <p>8 - <i>Sinais V. T. 12</i></p> <p>9 - <i>Tilactil 2mg IV; 12/12hrs</i></p>		<i>12</i>		
<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>Gustavo Félix</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-21.111 / CON-MA 0016</p>					

OPVAT
602 000
SOMOS
SEGUREZ
OPVAT

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORTOM
Data *08/10/18*
Funcionário *[Signature]*



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Alencar Mendes da Silva</i>	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <i>Fratura de Rádio Ulna</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 16/12/2018				
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h				
5. ONDANSETRONA 8MG - AD EV 8/8, S/N				
6. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N				
7. CCGG+SS IV				
8. TILATIL 40MG EV 12/12H, S/N				
9. CLEXANE 600MG INJEZ 40MG, SC, 1X/DIA (<i>suspensão</i>)				
<i>Dr. Gustavo Felix</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 1111 / CRM-MA 3111				

NOME: *Alano Mendes S. C. n*

HD: *Fratura R. d. o.*

DATA *04* / 12 / 18 **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

1. DIETA LIVRE

2. JELCO SALINIZADO

3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS S/N

4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS

5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG L/OU PAD MAIOR 110 MMHG

6-TRAMADOI. 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N

7-TILATIL 40MG +AD EV DE 12/12H S/N

8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N

9- SSVV+CCGG

ALA C

APTO

LEITO

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

S/N
06

S N

S N

S N

S N

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *04/12/18*
Funcionário *[assinatura]*



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERENCIA

DATA 04/01/2019 HORA _____ N° DO TELEFONE _____

HOSPITAL SOLICITANTE UMSPA

MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO Dr. Milton Montenegro

CRM: 7385

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Alino Mendes da Silva

Idade 37 anos

Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA _____

Acidente vítima de queda de motocicleta, vítima de lesão em braço direito. Exatidão da história de eventos relatados.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

- ☒ 4- Espontânea
3- Comandos
2- A dor
1- Nenhuma

- ☒ 5- Orientado
4- Confusa
3- Palavras inapropriadas
2- Palavras Incompreensíveis
1- Nenhuma

- ☒ 6- Obedece a comandos
5- localiza dor
4- Movimento de retirada
3- Flexão anormal
2- Extensão anormal
1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 80

EC P: _____

bpm _____

R: _____

mm _____

PA: 120/90

mmhg

Sat O2 99%

-Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio

() Hidratação Venenosa

() Aspiração

() Medicação

() Curativo

(X) Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Glória Nunes - Iloriano Piauí

Clínico/ Posto: Unidade de Ortopedia

Senha 20190103087047

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Milton Montenegro da Silva CRM-PZ 7385

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0102-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1371

Plano de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: PD0606194 Registro: 85676
Data: 05/01/2019 Hora: 06:00:00
Funcionário: DORTLENE Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64520-1
End.: MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI
Cor: PARDA Telefone: (89) 9990-57454 Mãe: TRISMAER MENDES DA SILVA Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - G. MESMO Tempo: 100% Resolvido: P.A.

Procedimentos

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Hospital Regional Tibério Nunes
Exame: **ANTERIOR**
Data: **05/01/19 9:20 U**
Ass: **Paulo Vitor**

Exame com 20 Min. In
Perf. Rádio lateral ap-
deixe, após avaliação
nefocidifera
B / Perf. Rádio lateral
cl. deixo vale

Dr. Conquias P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEOR: 7348

Antonio Tolentino da Silva

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0606194
Data: 05/01/2019
Funcionario: DORILENE

Registro: 185676
Hora: 08:00:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 27

SUS

ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL
IBGE: 2204006 Cor: PARDA Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA

CPF: - RG: 3.109.927 ssppi - SUS: 160052479060004
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64520-0

Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - O MESMO

Procedimentos

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

FRATURA EM MSD HÁ 20 DIAS

RESERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDLTA

A ORTOPEDIA

08/10/2019
Mania clausa

Ruth Maria Frances M. da Silva
Enfermeira
COREN-MA/PI - IS 445-554

(Signature)

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALESSO MENDES DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160052479080004
10 - NOME DA MÃE
IRISMAR MENDES DA SILVA
12 - ENDEREÇO
MALHADA VERMELHA, ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FRANCINÓPOLIS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
185676
8 - DATA DE NASCIMENTO
08/03/1991
9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐
11 - TELEFONE DE CONTATO
() -
14 - CÓD. REG. MUNICÍPIO
2204006
15 - UF
PI
16 - CEP
6420000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Lesões e fraturas de membros superiores e inferiores
Resposta positiva do fêmur*

AIH NUMERADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Quebra de osso

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

Quebra de osso

20 - DIAGNÓSTICO SINAL

Fêmur, Tórax e fêmur

21 - CID PRINCIPAL
552.85
22 - CID SECUNDÁRIO
V29.4
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
23368413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
05/01/2019
32 - ASS. E
Dr. Gonçalves P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEO: 7348

CONGUNDAS PEREIRA DA SILVA FILHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE

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

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA
41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

Marcelo
NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

46 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Osvaldo de Moraes Andrade
CRM: 2572 CPF: 078.977.823-87
AUTORIZADOR

24160

2219101176094



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Alessio Mendes da Silva Reg. Same: _____
Cirurgia: Osteossíntese de rádio D Sala: 03
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Francisco Jr.
Instrumentador: Lindoval Circulante: Régia
Data: 20/01/19 Início: 09:40 Término: 10:40 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT	P.UNIT	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		20ml		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	Leopoldina S	02amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON		01amp		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	Flomax	01amp		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA 1g	1g	01amp		
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL	Dipirona	02amp		
25	KETALAR	Chlorazepate	01amp		
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%	Manitolina	01amp		
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		3 unidades		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

Lidocaína com epinefrina 2% 0100
Bupivacaína 0,5% 0400



Hospital Regional
Tiberio Nunes

27a
Francoinópolis/PE

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Alvaro Mendes da Silva</u>	D.N	<u>08.03.1991</u>		
Data:	<u>30/01/19</u>	Admissão às	<u>10:45</u>	Prontuário	
Alergia	<u>Nega</u>	Procedimento realizado	<u>Osteointer de núcleo D</u>		

DADOS REFERENTES A ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; () Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

ANESTESIOLOGISTA: Dr. José Roberto CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:45)

Hora	15' 10:45	15' 10:00	15' 11:15	15' 11:30	30'	30'	30'	30'
P.A	132x30	141x65	139x71	136x59				
Pulso	51 bpm	50 bpm	52 bpm	51 bpm				
FC								
SpO ₂	98%	98%	98%	99%				
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	<u>estável</u>	<u>estável</u>	<u>estável</u>	<u>estável</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2	2	2			Em 10:45 h paciente admitido na SGA em DOI de anestesia de núcleo D. Nega alergia medicamentosa. Condição satisfatória.
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2			Flexão: 5500-132x70 mmHg. P. 56 bpm. SpO ₂ 98%.
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2			FLEXÃO: 5500-132x70 mmHg. P. 56 bpm. SpO ₂ 98%.
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2			CONFIRMADO 02/10/2019 Maria Elvira
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2			
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			10	10			

ALTA às _____:

Ass. Médico: _____

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Florianópolis - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Alvaro Mendes da Silva</u>		Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____	
Apto.: _____			
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematúria	Hemoglobina
			Hematócrito
			Glicemia
			Dos. Uréia
Exame de Urina			
Função Respiratória			
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma	
Sistema Respiratório		Assina	Bronquite
Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
Estado Mental		Corticóides	Atarácicos
		Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco	
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:
Agentes Anestésicos Oxigênio 1 2 3 Líquido Sólido 500 400 Sólido 300 200 Outros 100		TOTAL DE DOSES	
Temperatura T° P. Arterial V A Pulso Início e Fim Anestesia X Início e Fim Operação C Respiração O		SEQUÊNCIA Anestésico 1. 1/2% 5ml 2. 1/2% 5ml 3. 1/2% 5ml 4. 1/2% 5ml 5. 1/2% 5ml 6. 1/2% 5ml 7. 1/2% 5ml 8. 1/2% 5ml 9. 1/2% 5ml 10. 1/2% 5ml 11. 1/2% 5ml 12. 1/2% 5ml 13. 1/2% 5ml 14. 1/2% 5ml 15. 1/2% 5ml	
SÍMBOLO		DURAÇÃO	
Técnica: <u>Blocos de Braço</u>		Incidentes - Acidentes	
Operação: <u>Ortopedia de Braço</u>			
Cirurgião: <u>Dr. Alexandre</u>			
Anestesiista: _____		Corticóides pós-oper. Imediata	
Particularidades: <u>Dr. João Bezerra Sousa</u>			
MÉDICO			
CRM-PI 6248			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGU

CHECK LIST

Nome: Alessandro Mendes da Silva

Procedimento: Osteossíntese de rádio D

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Fran

Anestesista: Dr. Rodrigo

Instrumentador: Lindson

Enfermeiro: Lindson

Circulante: Régia + Joana

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmar nome do procedimento realizado: <u>Osteossíntese de rádio D</u>
Demarcação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de compressas antes da primeira sutura: <u>dois</u>
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesista: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u>	Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PA: <u>155x83 mm Hg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>90 bpm</u>	Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Pilhas anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
Via aérea difícil ou risco de aspiração: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	P A: <u>124x67 mm Hg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>52 bpm</u>
Risco de perda sanguínea > 500ml: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:
Acesso venoso adequado e pervio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Consentimento anestésico e cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Bist. Elétrico (placa neutra adaptada): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Número de compressas antes do procedimento: <u>dois</u> P A: <u>148x79 mm Hg</u> SpO2: <u>100%</u>	

ENFERMEIRO

TEC. EM ENFERMAGEM

Dr. Alexandre Mendes da Silva
CRM-PA 1462
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa
MÉDICO
CRM-PA 6248
ANESTESISTA

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - MRTN

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

Ex do núcleo

NOME <u>Almo Mendes de Almeida</u>	ALA <u>D</u>	ENF. OU APT.	LEITO <u>104</u>	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>20 / 01 / 19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE <u>ZERO</u>				
02. JELCO HIDROLISADO <u>(80,9% - 100ml em 4h)</u> <i>(12:00)</i>				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<i>12:00 Maria</i>			
08. GLEKANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA <i>(Simples)</i>	<i>12:00 Maria</i>			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	<i>12:00 Maria</i>			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	<i>12:00 Maria</i>			
11. CURATIVO	<i>12:00 Maria</i>			
12. SSVV + CCGG	<i>12:00 Maria</i>			
<p><i>Dr. Francisco Junior Costa Gomes</i> Ortopedia/Traumatologia CRM-PI 43341 / TEO 14199</p> <p><i>Dr. Alexandre Gomes</i> CRM-PI 43341 / TEO 14199</p>				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

20/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA: 140/80 TAX: 35° F.C.: 60 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARCIA	Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA: 140/80 TAX: 36° F.C.: 59 F.R.: 19 Glicemia: 88	MARCIA	Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Letto: N0104

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

20/01/2019

22:16:23	SEGUE EM POI FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.	EDINALVA	Edinalva Albuquerque Virgulin Enfermeira COREN-PI 312 515
----------	--	----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20/01/2019

01:11:31	CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM PRESCRIÇÃO DO DIA, AGUARDANDO CIRURGIA. - PA:130/70 TAX: 36º F.C.:48 F.R.: 0 Glicemia: 0	VALDINA	Valdina Cunha COREN-PI 50266-1E
----------	--	---------	------------------------------------

Resposta: 01/01/2019 10:52:00
CNPJ: 06.553.564/0103-82

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

19/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

17:59:33	SEGUE ESTAVE, NÃO FEZ QUEIXAS DURANTE O PLANTÃO. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: TAX: 0° F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	SEMIR	<i>Alessandro</i>
12:00:00	SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS, HIGIENIZADO, SUSPENSO CIRURGIA. - PA:140/80 TAX: 36° F.C.:53 F.R.: 20 Glicemia: 96	SEMIR	<i>Alessandro</i>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

Data da Internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

19/01/2019

21:07:33 SEGUE COM FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

EDINALVA

Edinalva Noronha Virgulino
Enfermeira
COREN-PI 312.518

Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

18/01/2019

20:45:24 15ª DIH/ FRATURA DE PUNHO DIREITO; EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPTIVO AO DIALOGO, RESPIRA AR AMBIENTE, AFEBRIL, DEAMBULANDO, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, MICÇÕES E EVACUAÇÕES PRESENTES. RIENTADO QUANTO JEJUM A PARTIR DAS 22 HORAS PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ.

HILDELISA

Hilidelisa
Caren S3238

Hospital Regional Tiberio Nunes
CNPJ: 06.553.564/0103-82

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

18/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

23:02:59	PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTERMICO, NORMOTENSO. EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO. - PA:120/70 TAX: 36° F.C.:63 F.R.: 18 Glicemia: 0	JACK <i>Jack Almeida</i>	Jack Almeida Clínica: Ortopedia CNPJ: 08.553.564/0103-82
----------	---	-----------------------------	--

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Letto: N0104

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

18/01/2019

16:09:30	- PA: TAX: 0° F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARCIA	
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA OFERTADA, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA: 140/70 TAX: 36° F.C.: 49 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARCIA	Marcia Fernanda Carvalho Sousa COREN-PI: 1321037 - TE

M. 18:00h. Verificado Ps=150x90mmHg, Ec=64 bpm, tor=35.8° Marcia Fernanda Carvalho Sousa
COREN-PI: 1321037 - TE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

VALDINA

01:17:11 CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. - PA:130/60 TAX: 36° F.C.:54 F.R.: 0 Glicemia: 0

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Alano Nunes</u>	ALA	ENF: OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>12/05/19</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE		Em 12/05/19. Às 10:15h		
02. JELCO HIDROLISADO		pt mg. Colm, comite		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>1 g/100ml</i>	sem quebras, fígado		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		no momento com co		
05. DÍPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		SSV - 140x110 mmHg PC		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		72.5 bpm Te		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		Luz Moraes R. da Costa Téc. de Enfermagem COREN-PB 1.134.722		
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<p align="right">Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2672 TEOT: 7348</p>				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Alvaro Almeida</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>11/01/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)		(06) NT	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)			
05. DILPONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)			
06. NALAFIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. SLAXANE 10MG - 01 AMP SO 1X/DIA	(18)			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Pessoa, Alexandre</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>19/01/19</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE		18h. cliente não refe.		
02. JELCO HIDROLISADO		quero alugar. Kuller		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		AS 6hs, 18/1/01/19		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS		paciente agitada		
05. DIPYRONA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS		sangra ONTOGELICO		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		DEC 9h		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Alvaro Junior</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>09/07/18</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DILTIZEM 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3978. TEL: 13135

NOME <u>Adriano de Souza do Carmo</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>08/01/18</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
# <u>5x do valor diet</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18h</u>		<u>06</u>	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIFENIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<p><i>Dr. Carlos Antonio Mendes Coimbra</i> Ortopedia e Traumatologia CRM: 3978 - TEOT. 13135</p>				

Mod. 312 Frente e Verso Prescrição Médica

fazer mais.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Alvaro Mendes,</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>02/07/17</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			AS 14:00 PACIENTE	
02. JELCO HIDROLISADO			DETORNADO COM CATH	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18:00</u>		DEAMBULANDO COM	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>18:00</u>		FRATURA NO ANTEBRAÇO	
05. DIFENIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>18:00</u>		SEM DOR NA VO	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12:00</u>		MOMENTO ESTÁ NO	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<u>12:00</u>		REPOUSO DO PS APÓS	
08. GLEKXAN 10MG - 01 AMP SC 1X/DIA			RAPO VAGA NA ALZ	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			(A) REC. CLINICA	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<p>Dr. Conagundá A. P. P. Filho Ortopedia - Traumatologia CRM: 2572 101133</p>				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Prof. Rodolfo dos Reis

NOME Henso Almeida Leal

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA 05/07/19

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			
02. JELCO HIDROLISADO	18		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			
05. DIFENIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	11	06	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	11	06	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			
11. CURATIVO			
12. SSVV + CCGG			

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 / JEDT 7348

LEI Nº 116 DE 20/06/93

TERESINA-PI

CERT. NASC. 7341 L AID F 230

EXP FRANCINÓPOLIS-PI 07/02/92

08/03/1991

IRISMAR MENDES DA SILVA

ANTÔNIO TOLENTINO DA SILVA

ALESSO MENDES DA SILVA

3.109.927

30/11/07

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CÓDIGO DE CONTROLE
74D5.CD7D.A309.D8C4

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 15:37:00 do dia 23/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígitos verificador: 06

DPVAT
06 AGO 2019
DE SEGUROS
CORRETORA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ALESSO MENDES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
046.847.173-97

Nome
ALESSO MENDES DA SILVA

Nascimento
08/03/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CADERNETA NACIONAL DE TRÂNSITO

Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFICADOR (RG)
 1021971 002 02

CPF: 040.354.423-23 **DATA DO NASCIMENTO:** 30/07/1977

Plano:
 JOSE NESTOR DA SILVA
 MARIA CAROLINA DE SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO **ACE:** **CATEGORIA:** A

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 05083294635 **VIGÊNCIA:** 03/01/2019 **PROROGAÇÃO:** 04/01/2019

EXPERIÊNCIAS:

Adriana Carla de Sousa Silva
 INSTITUIÇÃO DE ENSINO

SIGNA: TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO:** 04/01/2019

58064088322
PI310207030

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554703040

J CORRETORA
 DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

Sinistro

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Dr. Alvaro Mendes da Silva
RG 3.109.927 / CPF 045.847.173-97
Residente a Rua Barão de Malhada Velha Cidade de
Francinópolis - Piauí Bairro: Zona Rural
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 99948-1744 (86) 99981-6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicito uma perícia médica DPVAT do
meu processo, pois que eu recebi
R\$ 843,00, sem meus documentos e uma
perícia médica, segue em anexo as
novas documentações.

Local: Francinópolis - Piauí UF/ Pi DATA 07/10/2019

ALVARO MENDES DA SILVA

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 13/08/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/12/2018

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

ALESSO MENDES DA SILVA : 045.847.173-97

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: 06/08/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 16/09/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427 Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
-----------------------	--

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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427 Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
-----------------------	---

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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ALESSO MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000069708-1

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



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190465427 Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

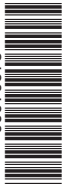
Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do alvará ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.847.173-97 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexsandro Mendes da Silva 6 - CPF: 045.847.173-97
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Rua do Machado, 123, Jd. Primavera
9 - Número: 510 10 - Complemento: Camaradeiro
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Francinópolis 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.520-000
15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☒ R\$0,00 SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPEIRA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 69708 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Francinópolis - PI 30.07.2019

ALEXSANDRO MENDES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

211-800165897-2

30/JUL/2019

HORA DE 13:09:00

UT: 16.012722 0

IFRM: 025222

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO

AG. VINCULADA: 1607

CONTROLE: 408828758

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 013 00069708-1

ALESSO MENDES DA SILVA

VALOR

:

0,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

211-800165897-2

1ª VIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000045/2019-71

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 30/07/2019 - 12:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE FRANCINÓPOLIS

12/12/2018 - 17:00

Tipo Local

OUTROS

Município

FRANCINÓPOLIS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI-224, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Endereço: POVOADO MALHADA VERMELHA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Mandado: 000000000

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. BIZ 125

2010 NIO-450

9C2JC422AR352300

223410675

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUITE DINÂMICA. O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224 QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA A CIDADE DE FRANCINÓPOLIS, FOI QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATE O HOSPITAL DE VALENÇA, ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL DE PICOS, ONDE FOI FEITO RAIOS-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA. ERA QUE TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

ALESSO MENDES DA SILVA
ALESSO MENDES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia