



Eletrobras
Distribuição Piauí

Via de pagamento para o mês/ano: 11/2018 referente a UC: 5396891

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 13606273

MARIA NATIVIDADE CAMELO

R. JOSINA DE CARVALHO, 550, IRAPUA II

B-URBANO

64800000 FLORIANO

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5396891	11/2018	11/10/2018 a 13/11/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
40	21/11/2018	R\$ 14,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO
5396891

MÊS

11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,07

836000000007.140700170008.000000005397.689111180055



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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 (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0592249 Registro: 32667
Data: 10/11/2018 Hora: 16:06:00
Funcionário: LIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 107

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 14 DIAS Profissão: CPF: - RG: 1991205/PI - SUS: 898050051986479
End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - Bairro: BOM LUGAR Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: 20°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
10/11/2018 15:57 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Injetive de neve expelido.

me clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Injetive de neve expelido.

Medicação:

Tilatil AD EV. 1^o Dose
- No ortopedista

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

RX de perna

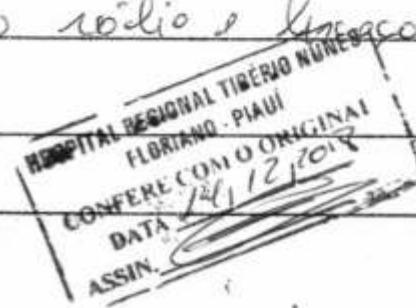
Hospital Regional Tibério Nunes
Exame: <i>RX pulmão</i>
Data: <i>10/11/18 - 16:19</i>
Ass. <i>Almeida</i>

ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de veleicidade

face fixo no rádio e fratura radio-ulnar

dist.



Dr. Luiz da Silva Osório
Médico
- 79

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

009.153.643-01

Nome completo da vítima:

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

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

Nome completo:	Carlos Eduardo Alves de Oliveira	CPF:	009.153.643-01
Profissão:	Reino	Endereço:	Rua Sosínia de Carvalho
Bairro:	Japuia II	Cidade:	Floriano
E-mail:	—	Estado:	PI
		CEP:	64.800-000
		Tel (DDD):	89-35212793
		Número:	550
		Complemento:	—

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 64199

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

op. 013

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade de efeitos 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 discordar do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES
DPVAT
CONTROLE DA AVALIAÇÃO
VERIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO

28 MAR 2019
GENESEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1000 - Centro
CEP: 64000-000
Fone: (89) 3222-4770

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Floriano-Pi 19.03.19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.000593/2019-07

Unidade de Registro: 2º DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Francisco José Vieira De Sousa

Data/Hora: 19/03/2019 - 08:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

AV. EURIPEDES DE AGUIAR, Nº:

Complemento

SL3211

Data/Hora

10/11/2018 - 15:30

Bairro

IRAPUA I

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

RG: 1991205 SSP PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JOSINA CARVALHO, Nº 550

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9450-9676

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



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.	POP110I	2019	QUE9121	9C2JB0100KR105055	01181797400	Prejudicada
Condutor: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA RG: 1991205 Órgão: SSP UF RG: PI End: RUA JOSINA CARVALHO Número: 550 Complemento: Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: IRAPUA II Proprietário: FRACILENE VALENTIM ROCHA Cidade: FLORIANO UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU O NOTICIANTE COMUNICANDO QUE POR VOLTA DE 15H30MIN DO DIA 10/11/2018, TRANSITAVA PELA AV. EURIPEDES DE AGUIAR CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRA CITADO EMPLACADA EM NOME DE FRANCILENE VALENTIM ROCHA, PORTADORA DO CPF Nº 841.742.423-72; QUE NAS IMEDIÇÕES BAR KIBUT, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA, VENDO O NOTICIANTE A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA; QUE LOGO APÓS O ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO O SAMU LEVANDO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO E APÓS A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RAIO "X" FOI DIAGNOSTICADO FRATURA DO ANTE-BRAÇO ESQUERDO, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM ANEXO. ERA O RELATO.

Francisco José Vieira De Sousa - Mat. 0416347
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Eduardo Alves de Oliveira - Noticiante
Responsável pela Informação



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

457 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.000593/2019-07

Jaqueline
Delegado de Polícia



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190238957**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Josina Carvalho, 550 - Irapuá II - Floriano - PI - CEP 64800-660

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **1991205**

Data e local do acidente: [**10/11/2018**] **Floriano -PI**

Data e local do exame: [**14/05/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do rádio esquerdo. Luxação da articulação rádio-ulnar esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta ao exame físico diminuição leve da amplitude de flexão, extensão e rotação do punho esquerdo com diminuição parcial da força muscular.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico com osteossíntese para redução da fratura com uso de placa DCP com 10 furos e 06 parafusos. A fratura está consolidada (de acordo com Raio-x).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/04/2019. A
INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU
MÉDIO - CONDUTA MANTIDA.**



BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3190238957
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 10/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190238957**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190238957 **Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 10/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

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: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 0000064199-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

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

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: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 00000064199-6

Nr. da Autenticação D2A8AA3EE37BDD43

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106168/19

Número do Sinistro: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 009.153.643-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/05/2019

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

Data do cadastramento: 03/05/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

VITIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Cobertura: INVALIDEZ
Data do Acidente: 10/11/2018

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Identidade: 1.991.205-PI CPF: 009.153.643-01
Endereço: RUA JOSINA DE CARVALHO, N°550, IRAPUÁ II, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Identidade: 195451-PI Est. Civil: CASADO
Endereço: RUA BENTO LEÃO N°262 A, CENTRO, FLORIANO-PI. CPF: 077.532.253-91

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, não podendo o outorgado substabelecer desta.

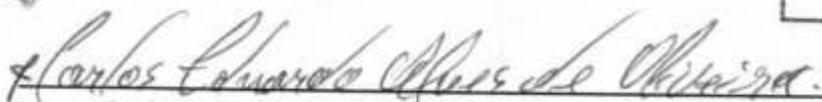
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

FLORIANO-PI, 16 de MARÇO de 2019.




Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 818 - Centro
Floriano-PI - CEP 64600-000
Fone/Fax: (85) 3522-2557
e-mail: cartorioleal@hotma

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judicante
Estado do Piauí
Ass. de Notas
Registro e
Judicial

RECONHECIMENTO
DE FIRMA:
ABO 94537

Reconheço a(s) firma(s) de Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Como Verdadeira Autêntica Semelhança

Dou fôr. Floriano-PI, 18/03/19



Gilvane Ferreira da Silva - Tabelada
 Juélie Nunes Gomes Cavalcante - Escrivane

Gilvane Ferreira da Silva Almeida - Tabelada

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238957 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E URNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (PLACA E PARAFUSO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 27/ 28/ 29 RELATÓRIO CIRÚRGICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

SINISTRO: 3190238957



Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V.Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

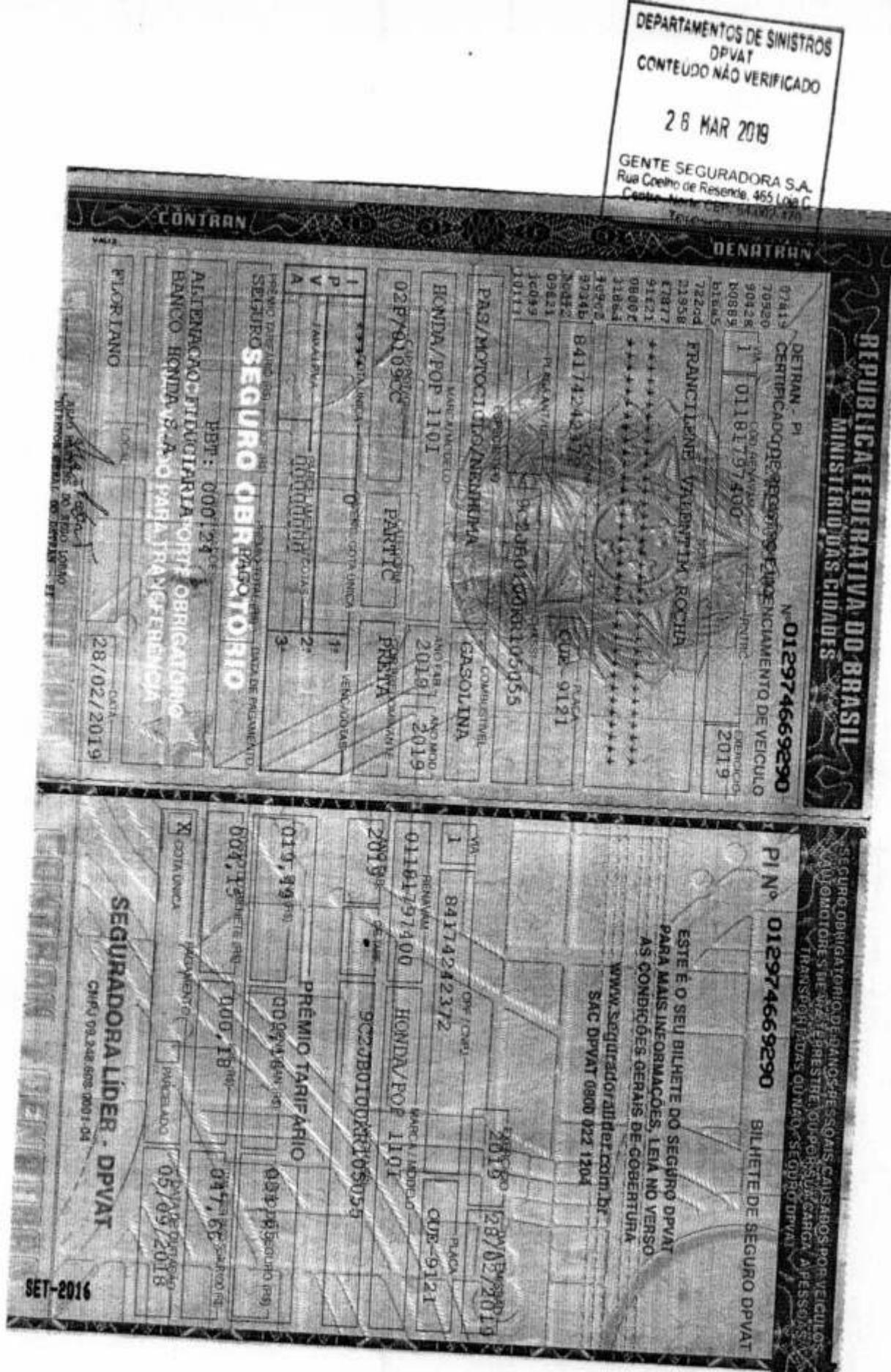
Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Carlos Eduardo Alves de Oliveira.

Assinatura

Data: 26-04-2019

PEÇO REANALISE DO MEU PROCESSO, E
ME CONVOCVE PARA PERÍCIA, PARA CON-
TATAR AS GRAVIDADES DAS SEQUELAS, —
POR QUE DO ACIDENTE TIVE LÉSOES MUL-
TO GRAVES, COM FRAUTURA DO BRAÇO ES-
QUERDO. FIZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM
COLOCACAO DE PLACAS E PARAFUSOS, TRA-
TAMENTO FISIOTERÁPIA, E APÓS OS TRA-
TAMENTOS ME ENCONTRO IMPOSSIBILITA-
DO DE REALISAR MINHAS ATIVIDADES DEVI-
DA DIÁRIA. FIZ O PEDIDO DA INDENIZAÇÃO, PO-
RÉM ME PREJUDICARIA MÉDIA PAGARAM O VALOR COR-
RESPONDENTE AS SE-
Carlos Eduardo Alves de Oliveira. QUELAZ.



RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA**, portador da ID 1.991.205-PI, CPF 009.153.643-01, sofreu acidente automobilístico no dia 10/11/2018 e teve atendimento no Hospital Tiberio Nunes, onde foi diagnosticado fratura do antebraço esquerdo distal, sendo tratado cirurgicamente com colocação de placas e parafusos metálicos. Após os noventa dias de tratamento conservador e ambulatorial paciente relata sentir dor, dormência, edema aos esforços, mobilidade física prejudicada devido ao desconforto, comprometimento da raiz nervosa de C6, formigamento, tremores aos movimentos, atrofia muscular. Na avaliação foi constatado diminuição da ADM de 65% para os movimentos do punho com grau 3 de força muscular (presente 30% da força do membro afetado). Paciente encontra-se afastado e impossibilitado de realizar suas atividades laborais e dificuldade nas suas atividades de vida diárias.

CID: S52.0

Floriano- Pi, 16 de março de 2019



Cibelle Silva Ferreira
Cibelle Silva Ferreira

Fisioterapeuta

CREFITO: 187.648-F

Ubo: Itanáni repassado para Sucatuba

192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANÓPOLIS



10/11/18

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB _____
ORAL _____

OCORRÊNCIA: RUA eturpedes de Aguias BAIRRO Tropiá FLO
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo Alves Oliveira IDADE 37

CONTROLE DO TEMPO	
SAÍDA DA BASE	15:46
CHEGADA AO LOCAL	15:50
CHEGADA AO HOSPITAL	16:05
SACADA DO HOSPITAL	16:15
ENTRADA AO HOSPITAL	16:02
SAÍDA DO HOSPITAL	16:17

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		
ACIDENTE DE TRANSITO DE VEÍCULOS	CHOCO ELETTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL
AGRESSÃO FÍSICA	MALOSÍTCIO	PEGNIMENTO
URGÊNCIA PSICIATRICA	EMERG. OBSTÉTRICA	INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA
ENVELHECIMENTO	CONVULSIÃO	DOENÇA - SEGUIMENTO
ATO BÁSICO	ANÚRIA	DOENÇA DE MULHER

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO-VERIFICADO

28 MAR 2019.

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 395 Lote C
Centro - Núm. DEP: 54.002-470
Teresina - PI

AVALIAÇÃO GERAL			
SLICE CONSCIENCIA	RESPIRACAO	PULSOS	PULSOS PULSOS
ESTADO	ESTADO	ACORDADA	ACORDADA
MARCO	MARCO	EXAMINADORA	EXAMINADORA
EXAME A DOR	EXAME A DOR	EXAME A DOR	EXAME A DOR
EXAMINAÇÃO	EXAMINAÇÃO	EXAMINAÇÃO	EXAMINAÇÃO

VALOR VITALS	HORA	HORA
ECG	101	
ESPIRADA (PBM)	20	
ESSAO ARTERIAL	1 mobilizado	

Pct sofreu queimadura de
moto com escoriações e
suspeita protura no pênis
orientado, consciente

CONTEÚDO DE O2 (%)	ACIDOSA	ALCALINA	CONTEÚDO DE CO2 (%)
99			

ACIDOSA ALCALINA CONTEÚDO DE CO2 (%)

ACIDOSA ALCALINA CONTEÚDO

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 (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0592249
Data: 10/11/2018
Funcionário: LIA

Registro: 32667
Hora: 16:06:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 107

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 14 DIAS Profissão:

End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 -

Bairro: BOM LUGAR

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PARDA

Telefone: ()

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64800-000

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: 20°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

10/11/2018 15:57 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Injetou de moco expelido

me clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Injetou de moco expelido.

Medicação:

*Tiabatil AD ev. 1+ DT/MT
- no oft-pedi, etc*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

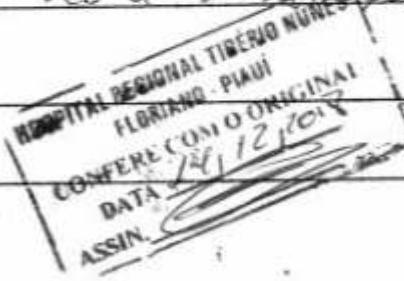
RX de peito

Hospital Regional Tibério Nunes	
Exame: <u>RX pulmões</u>	
Data: <u>10/11/2018 - 16:17</u>	
Ass. <u>Steina</u>	

ORTOPEDIA

*paciente vítima de acidente de veleto/colisão
face h- do colo e fratura radio-ulnar*

DATA



*Dr. Luiz da Silva Osório
Médico*



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

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0592249
Data: 10/11/2018
Funcionário: LIA

Registro:32667
Hora: 16:06:00
Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 107

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS,6 MESES,14 DIAS Profissão:
End.:MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - Bairro: BOM LUGAR
IRGЕ: 2203909 Cor: PARDА Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479
Civil: SOLTEIRO(A) CEP:648000
R Cidade: FLORIANO/PI
D

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO
Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente X Amarelo - Urgente Verde - Pouco

Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA EM PUNHO E APOS QUEDA DE MOTO

ERVACÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 20%

FR: 0 m/min

FC: 1014 bom

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MEDICACÃO USUAL

NENHUM

INDUSTRIAL

AO ORTOPEDISTA

Alpinia consolida

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
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898050051986479
10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA
12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - BOM LUGAR
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANÓPOLIS

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/05/1981

5 - N° DO PRONTUÁRIO
326657
9 - SEXO
Mas. X 1 Fem. 2
11 - FONE DE CONTATO
(69) 9419-1800

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203009

15 - UF
PI 16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fx do radio + luxação
radio ulna distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Unidade de TTO longo
Ausens + Grandes feridas + Rx

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

5533

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080-00431

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPÉDIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

32 - ASS. E CARMÉO (Nº DO CRM)

Celso Ambrosio Nendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/11/2018

33 - N° DO BILHÉU

38 - SÉRIE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHÉU

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS-SC

40 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA 02/12/2018
ASSINATURA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNACAO HOSP.

3220390901

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078 977 823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - AES. E CARMÉO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898050051986479
10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA
12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - BOM LUGAR
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANÓPOLIS

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/05/1961

5 - N° DO PRONTUÁRIO

32867

9 - SEXO

Masculino

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9419-1800

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença de dia e noite, febre, dor de estômago

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108000431

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/11/2018

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

*Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

45 - CÓDIGO DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - N° DE REGISTRO DO CONSELHO
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PI

CONFIRME COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018

ASSIN

Atendimento: 1067580
Data: 11/11/2018
Hora: 0:39

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANÓ/PI

Nº AIF

JO

BOLETIM DE ADMISSÃO

32667 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 27/05/1981 - 37 ANOS, 6 MESES, 15 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX38 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

CPF: RG: 1991205/pi

C/N: SIS Prenatal:

Endereço: MARIA APARECIDA/PROCOPIO Q. 05, N° 1 - CEP: 64800000

Bairro: BOM LUGAR

Cidade: 2203909- FLORIANÓ/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: -----

Mae: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

Sim

Não

Resultado	Adm.: / /	Alta: / /
Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	Obito
Piorado	Indisciplina	

Transferido _____

ERÉSS N° 355

História Clínica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/07
ASSIN.

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Evolução Clínica

Alinhamento
1067580

Paciente
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANOJINHA - FLORIANÓ / PI - CEP: 64800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRÚRGICO

1067530 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico

Fratura do antebraço (3)

Cirurgia:

Osteomartre do úl. (6)

Descrição da Cirurgia:

1. Recuperação da ferida de antebraço e úl. + dedos
2. Aspiração + anti-sinse e epôneos de caviga e úl.
3. Fratura dorsal no antebraço (3) + deslocada para o lado e reduzida de forma
4. Colageno da ferida de úl. e caviga de forma DCP 1.5mm x 10mm com 06 parafusos
5. Fim de cir.
6. Infusão
7. Encerrado

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Cirurgião: Dra. Alessandra Cunha

1º Auxiliar: Dra. Graziela Lima

2º Auxiliar: Isabel

Anestesiista: Dra. Gisela

Anestesia:

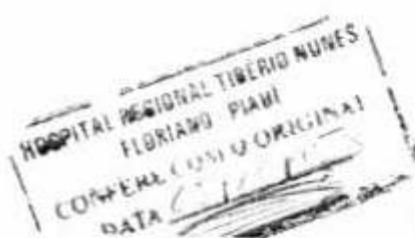
RAQUI

GERAL

CAUDAL

TRONCULAR

OUTRAS: _____



1067580 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico:

Erosão do antebraço (5)

Cirurgia:

Osteomítria do úbere (5)

Descrição da Cirurgia:

1. Reunião em OR sob flacidez no MST + sedação
2. viscosite + ant - punho + extensão do copo este
3. limpeza dorsal no antebraço (5) - desvios no
4. bordo do ferme do úbere + coloquio
5. placa XEP 1.5cm x 10cm com 06
6. parafuso
7. limpeza d regras
8. sistema
9. ferme



Cirurgião: *Dr. Alexandre Augu*

1º Auxiliar: *Dr. Gomes Júnior*

2º Auxiliar: *Andrade*

Anestesista: *Dr. Dashed*

Anestesia:

RAQUI
 CAUDAL

GERAL
 TRONCULAR



OUTRAS:



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
1. DIETA LIVRE	14/11/13	14/11/13	14/11/13	14/11/13	14/11/13	14/11/13
2. JELCO HIDROLISADO						
3. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
4. CEFATOHINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
6. TILAFIL 20MG - 01 AMP IV DE 4/4 HORAS						
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
8. CLPZANE 40MG - 01 AMP SG 4X6H						
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg						
11. CURATIVO						
12. SSV + CCGG						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 28 MAR 2019 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Castro de Resende, 466 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Celso 0999-10000 e-mail: 0999-10000 TECI: 0999-10000 CCR </div>						



Atendimento: E0154768		INTERNADO	Coletado:	Data: 12/11/2018
Paciente: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA			Sexo:	MASCULINO
Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA			Idade:	37 ANOS, 6 MESES, 15 DIAS
Convênio: SUS	Leito: EX38 Enfermaria: E01		Impresso:	12/11/2018

HEMOGRAMAMaterial:
Método:**ERITROGRAMA**

ERITRÓCITOS	4,41 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,7 g%
HEMATÓCRITO	41,4 %
VCM	93,88 U ³
HCM	31,07 pg
ICM	33,09 %

**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	9.290 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
METAMIELÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASTONETES	1 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
SEGMENTADOS	72 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
EOSINÓFILOS	3 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFÓCITOS	17 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
MONÓCITOS	7 %	
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	208.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES
ERITRÓCITOS**OBSERVAÇÃO GERAL:**

254-PAULO CESAR BORGES LOPES



HOSPITAL REGIONAL TIBÉ UNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANÓPOLIS/SC

Atendimento: E0154768



INTERNADO

Coletado:

Data: 12/11/2018

Paciente: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
Convênio: SUS

Leito: EX38 Enfermaria: E01

Sexo: MASCULINO
Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 15 DIAS
Impresso: 12/11/2018

CREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMATICO

RESULTADO

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMATICO

RESULTADO

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:



CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME	ALA	LEITO	ORTOPÉDIA
Colen Edmundo L. J. Oliveira	ENF. OU APT.		
DATA <u>13/11/19</u> # 54 Ds. Dafin de	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
01. DIETA LIVRE	HORÁRIO MEDICAÇÃO		
02. JELCO HIDROLISADO	OBSERVAÇÕES		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18:00	06	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18:00	24	06
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			
06. TILATE 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			
08. CTEMARNE 40MG - 01 AMP SC 12/12 HORAS			
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			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 MAR 2010 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Lote C Centro - Nane CEP: 64.002-440 Teresina-PI </div>			

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

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA			HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18	06	
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. THIAMLE 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		120	24	06
08. GLEXANTE 40MG - 04 AMP SG 1X8ML				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

ala A
J8/45

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

NOME	ALA	ENF. OU APT. 13	LEITO 44	ORTOPÉDIA
DATA	12/01/18			
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06		18:00h por 10x800mg
04. CEFALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	06		rod 10x800mg
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	04		
06. TIAZIDE 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLÉXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/00A				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO	Dr. Cypriano Alves Pinto			
12. SSVV + CCGG	0000 Cic 252 13273-03			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
28 MAR 2018				
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Cerero-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI				

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	18	18			
04. CEFALÔFINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	18	18			
06. HALTIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg						
11. CURATIVO						
12. SSWV + CCGG						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Juá Coelho de Resende, 455 Log C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA
		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	18	06		
04. GEFALDINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	16	24		
06. FITAL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 8C-1X100					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG	Dr. Consegundas 2º Filho Ortopedia / Traumatologia ORL 25/01/1501 15:00				

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

NOME PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA	ALA	ENF. OU APT. 13	LEITO 41	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	ORTOPÉDIA OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOPINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TRATATE 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CHEXANE 40MG - 04 AMP/SG - 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. SSW + CCGG					

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR. 2019
TE SEGURADORA S.A.
Av. de Resende, 465 Log C
0 - Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FÓRUM CÍVICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICA
28 MAR 2019
ANTE SEGURADORA S.A.
Coelho de Resende, 465 Loja C
tro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME <u>Carlos Eduardo</u>		ALA <u>18</u>	ENF. OU APT. <u>18</u>	LEITO <u>41</u>	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LÍQUIDA 2000ML				06. 12:00h reconstituição de PA	
02. JELCO HIDROLISADO				140x80mmHg	
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				140x80mmHg	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS		12:00	06:00	12:00h - press. em	
05. DIPRORNA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12:00	06:00	12:00h - press. em	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		12:00	06:00	12:00h - press. em	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		12:00	06:00	12:00h - press. em	
08. ETÉXANE 40MG - 01 AMP - 96-1X/DIA				12:00h - press. em	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				12:00h - press. em	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				12:00h - press. em	
11. CURATIVO				12:00h - press. em	
12. SSW + CCGG				12:00h - press. em	

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.000-128 • Teresina-PI

Autorização Anvisa UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Nº 4126

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais

Cx 054

Especiais - OPM *Dicionário suspenso***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**NOME *Carlos Eduardo Almeida Oliveira*Nº AIH *32661* Nº PRONTUÁRIOPROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO *ortese de náus*

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME

CRM Nº *111* CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

*24/11/18***MATERIAL UTILIZADO**CÓDIGO OPM (Tabela SUS) QUANT. ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Serie, etc.)*01 placa reba de 10 mm**06 parafuso artifical M2 18**02 parafuso lateral M2 16*DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA: CNPJ Nº

*28 MAR 2018*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS**EM *24/11/18*EM *24/11/18*Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1º via - Prontuário, 2º via - Fornecedor, 3º via - Processo de pagamento.



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

D. nasc: 27.05.81

37 anos

Floriano - PI

Nome do Paciente: Carlos Eduardo Alves de Oliveira Reg. Same 32.667
Cirurgia: Ortoxistere de Antebraço Enquanto Sala: 03
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Francisco Júnior
Instrumentador: lindoval Circulante: Thiara e Guerra
Data: 04 / 11 / 18 Início: 15:45 Término: 16:40 Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT	UNIT.	SUB TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA		02 garrafa		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	Cefazolina 1g	02 garrafa		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL		01 amp.		
15	DORMONID	Dipirona 1g	02 amp.		
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL	Oralnethanova	01 amp.		
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELCIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO	500ml	03 garrafa		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN	lúccima clínica	01 garrafa		
40	THONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FERNANDO PIANI
CONFERIDO COM O ORIGINAL
DATA 05/11/2018
ASSINATURA

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: Carlon Eduardo Góes de Oliveira

Registro: 32667

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
<u>24/11/18</u>	<u>138/80</u>	<u>78</u>				

Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematínia	Hemoglobina	Hemotórito	Glicemia	Dos. Uréia
-----------------	---------------	-----------	-------------	------------	----------	------------

Exame de Urina

F ão Respiratória

S ão Circulatório Est. normal Eletrocardiograma

Sistema Respiratório Assina Bronquite

Sistema Digestivo — Sistema Urinário

Estado Mental G = 15 Corticóides Ataráxicos Outros

Diagnóstico Pré-Operatório Fract. de antebraço Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses) Aplicado As: Efetos:

Agentes Anestésicos Oxigênio 1 2 3

JIDO Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100

Temperatura T° C 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10

P. Arterial V 38 36 34 32 30 28 26 24 22 20 18 16 14 12 10

Pulso A Início e Fim Anestesia X

Início e Fim Operação O

Respiração R

SÍMBOLO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

TOTAL DE DOSES

Lidocaina 27-100
Bupiv 110-100

AT = 100

SEQUÊNCIA

1 Cefazolina 2
2 Ipratrop 3
3 Decadron 4
4 Outros 5
5 R pfa 6
6 7
7 8
8 9
9 10
10 11
11 12
12 13
13 14
14 15

DURAÇÃO

Técnica: Blag - anestesiador
Aleandro

Q. Data Nasc. 01/01/00
Q. Data Nasc. 01/01/00

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PR
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN

Incidentes - Acidentes



DO
PRESIDENTE
GOVERNO DO P.

28 MAR 2019

Hospital Regional
Tibério Nunes

Nome do Cliente:	Carlo Eduardo Alves de Oliveira		Data de nascimento:	27/10/1981
Prontuário:	32601		Enf/Leito:	18/4
Procedimento Cirúrgico:				
Pulseira de Identificação:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	Horário SSW:	12:00
Glicemia Capilar:			T: 36,1°C	FC: 18 bpm
Glicemia Capilar:			FR: 23 lpm	PA: 120x70 mmHg
Glicemia Capilar:			Acesso Venoso:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Periférico
Glicemia Capilar:			(<input type="checkbox"/>) Central (especificar local, calibre e nº de dias)	2m m5/0 5 = 18 : 23/01/07
SNG	(<input type="checkbox"/>) SNE	(<input type="checkbox"/>) Drenos (especificar):		
Avaliação Pré-Anestésica:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Avaliação Cardiológica:	(<input type="checkbox"/>) Sim
Sítio Cirúrgico Demarcado:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Não Utiliza Anticoagulante:	(<input type="checkbox"/>) Sim
Higienizado:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	(<input type="checkbox"/>) Não Utiliza Anticoagulante:	(<input type="checkbox"/>) Sim
Alergias:	(<input type="checkbox"/>) sim	Qual:	Último horário:	
Antimicrobiano Profilático:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Horário:	Utiliza Prótese Dentária:	(<input type="checkbox"/>) Sim - Reliada
OBSERVAÇÕES:	Hora do Encaminhamento ao CC:			

Assinatura e carimbo:

ENERMICO

Norm. Canad. Éduca. Alum. de Ottawa.

Procedimento. *Resposta à denúncia*

Centro: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Francisco Sáenz Anestesista: Dr. Daniel
Instrumentador: J. Andrade

Entremeo: lindoval

Circulante: Quinta de Navarra

ANESTESIA E ANESTESIOLOGIA		
ANTESE DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA		
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
28 MAR 2019		
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Costa de Resende, 465 Centro Brasília Verificações Centro Verificação, pelo anestesista: () Sim () Não () Não se Verificação do equipamento de anestesia e anestesista: () Sim () Não		
P.A. 156 x 92 mmHg, SpO2: 99%, P: 74 bpm P: 65 bpm		
Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? () Sim () Não		
Risco de perda sanguínea > 500ml? () Sim () Não Reserva sanguínea? () Sim () Não		
Acesso venoso adequado e pérvio? () Sim () Não () AVC () AVP Consentimento anestésico e cirúrgico () Sim () Não		
Identificação de forma verbal junto ao paciente - localidade, local cirúrgico, procedimento e assinatura: () Sim () Não Verificação do nome do paciente, localidade, local cirúrgico, procedimento e assinatura: () Sim () Não () Não se Verificação do equipamento de anestesia e anestesista: () Sim () Não		
Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: () Sim () Não		
Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado () Sim () Não		
Qual o tempo previsto para cirurgia? _____ PREENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:		
Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? () Sim () Não		
Preparo da pele? () Sim () Não Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? () Sim () Não		
Equipamentos e instrumentais revisados? () Sim () Não		
P.A. 156 x 92 mmHg, SpO2: 99%, P: 74 bpm P: 65 bpm		
Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim () Não		
Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:		
P.A: 156 x 91 mmHg, SpO2: 99%, P: 74 bpm P: 65 bpm		
Dr. Valdir Marques M. da C. Anestesiologista		
TEC. EM ENFERMAGEM	CIRURGIÃO	ANESTESISTA



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 (Ambulatório)

Atendimento: B0596688
 Data: 27/11/2018
 Funcionário: ALDENIZE

Registro: 32667
 Hora: 09:54:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 14

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 009 153.643-01 - RG: 1991205/pi - SUS:

Profissão: MARCENEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

End.: JOSINA CARVALHO, 550 -

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

Cor: PARDA

Telefone: () -

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Clinica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

27/11/2018 9:54 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Procedimentos

Material hospitalar

Qtd.

Qtd.

- Agulha 13x4
- Agulha 25x7
- Agulha 30x8
- Catéter p/ O₂
- Eletrodo
- Equipo macrogotas
- Equipo microgotas
- Equipo p/ bomba de infusão
- Equipo p/ hemotransfusão
- Espanadrapo 10x4,5 cm
- Fio Mononylon 2,0
- Fio Mononylon 3,0
- Fio Mononylon 4,0
- Fio Mononylon 5,0
- Jelco nº 14
- Jelco nº 16
- Jelco nº 18
- Jelco nº 20
- Jelco nº 22
- Jelco nº 24
- Lâmina de bisturi nº 24
- Luva estéril nº 7,0
- Luva estéril nº 7,5
- Luvas de procedimento
- Multivia
- Pacote de gazes
- Atadura
- Eter
- Povedine tópico
- Povedine degermante
- Clorexidina
- Álcool
- Sufa de azina de prata

- Scalp nº 19
- Scalp nº 21
- Scalp nº 23
- Scalp nº 25
- Seringa 1ml
- Seringa 3ml
- Seringa 5ml
- Seringa 10ml
- Seringa 20ml
- Sonda aspiração nº 12
- Sonda aspiração nº 14
- Sonda aspiração nº 16
- Sonda de fowley nº 12
- Sonda de fowley nº 14
- Sonda de fowley nº 16
- Sonda de fowley nº 18
- Sonda nasogastrica nº 14
- Sonda nasogastrica nº 16
- Sonda nasogastrica nº 18
- Tubo endotraqueial nº 5,5
- Tubo endotraqueial nº 6,0
- Tubo endotraqueial nº 6,5
- Tubo endotraqueial nº 7,0
- Tubo endotraqueial nº 7,5
- Tubo endotraqueial nº 8,0
- Tubo endotraqueial nº 8,5
- Colagenase
- Lidocaina em gel
- Água oxigenada
- SGF
- SF
- SG
- SRL
- Água destilada



Outros:

Q3 etmalt

~ ~ ~ ~ ~

Bdmls



Hospital Regional Tibério Nunes

TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE: Carlos Eduardo Alves de Oliveira SEXO: M IDADE: 37
 MUNICÍPIO DE ORIGEM: Floriano U.F: PI

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

curativo two MSE

MEDICAÇÃO ATUAL:

menhies

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ALERGIAS:

menhies

28 MAR 2019

GENTE-SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro - Teresina - CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SINAIS E SINTOMAS:

P.A= _____ mm/hg T= _____ °C GLICEMIA CAPILAR= _____ mg/dl

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- PRIORIDADE ZERO: EMERGÊNCIA - Casos graves: necessita de atendimento imediato.
- PRIORIDADE 1: URGÊNCIA - Pacientes que necessitam de atendimento imediato, mais não correm risco de vida.
- PRIORIDADE 2: PRIORIDADE NÃO URGENTE.
- PRIORIDADE 3: CONSULTA DE BAIXA COMPLEXIDADE - Atendimento de acordo com o horário de chegada; Casos para atendimento na rede básica de saúde

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 28/03/2018
ADM.

CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Sair de curativo

DATA: 28/03/2018 HORÁRIO: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: ADM. Maceamento



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 (Ambulatório)

Atendimento: 80596956
 Data: 28/11/2018
 Funcionário: MARIA CLARA

Registro: 32667
 Hora: 10:35:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 19

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 1 DIA

CPF: 009.153.643-01 - RG: 1991205/pi - SUS:

Registro: 32667
 Hora: 10:35:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

End.: JOSINA CARVALHO, 550 -

Profissão: MARCENEIRO

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Cor: PARDA

Telefone: () -

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

Clinica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

28/11/2018 10:35

0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Procedimentos

Material hospitalar

Qtd.

Qtd.

- Agulha 13x4
- Agulha 25x7
- Agulha 30x8
- Catéter p/ O₂
- Eletrodo
- Equipo macrogotas
- Equipo microgotas
- Equipo p/ bomba de infusão
- Equipo p/ hemotransfusão
- Espanadrapo 10x4,5 cm
- Fio Mononylon 2,0
- Fio Mononylon 3,0
- Fio Mononylon 4,0
- Fio Mononylon 5,0
- Jelco nº 14
- Jelco nº 16
- Jelco nº 18
- Jelco nº 20
- Jelco nº 22
- Jelco nº 24
- Lâmina de bisturi nº 24
- Luva estéril nº 7,0
- Luva estéril nº 7,5
- Luvas de procedimento
- Multivia
- Pacote de gazes
- Atadura
- Eter
- Povedine tópico
- Povedine degermante
- Clorexidina
- Álcool
- Sufa de azina de prata
- Scalp nº 19
- Scalp nº 21
- Scalp nº 23
- Scalp nº 25
- Seringa 1ml
- Seringa 3ml
- Seringa 5ml
- Seringa 10ml
- Seringa 20ml
- Sonda aspiração nº 12
- Sonda aspiração nº 14
- Sonda aspiração nº 16
- Sonda de fowley nº 12
- Sonda de fowley nº 14
- Sonda de fowley nº 16
- Sonda de fowley nº 18
- Sonda nasogástrica nº 14
- Sonda nasogástrica nº 16
- Sonda nasogástrica nº 18
- Tubo endotraqueial nº 5,5
- Tubo endotraqueial nº 6,0
- Tubo endotraqueial nº 6,5
- Tubo endotraqueial nº 7,0
- Tubo endotraqueial nº 7,5
- Tubo endotraqueial nº 8,0
- Tubo endotraqueial nº 8,5
- Colagenase
- Lidocaina em gel
- Água oxigenada
- SGF
- SF
- SG
- SRL
- Água destilada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 14/12/2018
 ASSINATURA

Outros:



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

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0597183
 Data: 29/11/2018
 Funcionário: JOAQUIM

Registro: 32657
 Hora: 09:39:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 11

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 2 DIAS Profissão: MARCENEIRO
 End.: JOSINA CARVALHO, 550 - Bairro: IRAPUA II Cidade: FLORIANO/PI CEP: 64800-000
 Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clínica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

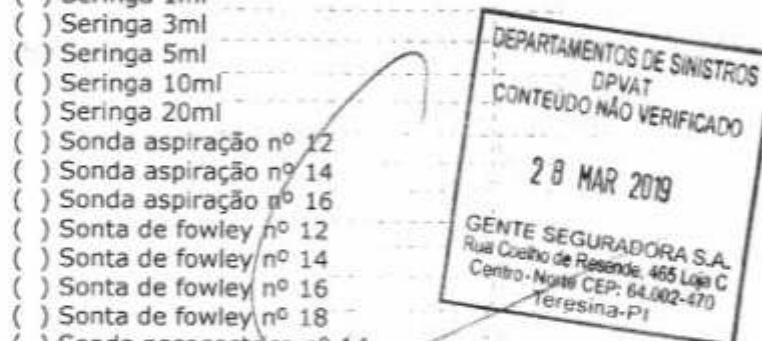
29/11/2018 9:39 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Material hospitalar

	Qtd.		Qtd.
<input type="checkbox"/> Agulha 13x4		<input type="checkbox"/> Scalp nº 19	
<input type="checkbox"/> Agulha 25x7		<input type="checkbox"/> Scalp nº 21	
<input type="checkbox"/> Agulha 30x8		<input type="checkbox"/> Scalp nº 23	
<input type="checkbox"/> Catéter p/ O ₂		<input type="checkbox"/> Scalp nº 25	
<input type="checkbox"/> Eletrodo		<input type="checkbox"/> Seringa 1ml	
<input type="checkbox"/> Equipo macrogotas		<input type="checkbox"/> Seringa 3ml	
<input type="checkbox"/> Equipo microgotas		<input type="checkbox"/> Seringa 5ml	
<input type="checkbox"/> Equipo p/ bomba de infusão		<input type="checkbox"/> Seringa 10ml	
<input type="checkbox"/> Equipo p/ hemotransfusão		<input type="checkbox"/> Seringa 20ml	
<input type="checkbox"/> Espanadrapo 10x4,5 cm		<input type="checkbox"/> Sonda aspiração nº 12	
<input type="checkbox"/> Fio Mononylon 2,0		<input type="checkbox"/> Sonda aspiração nº 14	
<input type="checkbox"/> Fio Mononylon 3,0		<input type="checkbox"/> Sonda aspiração nº 16	
<input type="checkbox"/> Fio Mononylon 4,0		<input type="checkbox"/> Sonda de fowley nº 12	
<input type="checkbox"/> Fio Mononylon 5,0		<input type="checkbox"/> Sonda de fowley nº 14	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 14		<input type="checkbox"/> Sonda de fowley nº 16	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 16		<input type="checkbox"/> Sonda de fowley nº 18	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 18		<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica nº 14	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 20		<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica nº 16	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 22		<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica nº 18	
<input type="checkbox"/> Jelco nº 24		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 5,5	
<input type="checkbox"/> Lâmina de bisturi nº 24		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 6,0	
<input type="checkbox"/> Luva estéril nº 7,0		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 6,5	
<input type="checkbox"/> Luva estéril nº 7,5		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 7,0	
<input type="checkbox"/> Luvas de procedimento		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 7,5	
<input type="checkbox"/> Multivia		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 8,0	
<input type="checkbox"/> Pacote de gazes		<input type="checkbox"/> Tubo endotraqueial nº 8,5	
<input type="checkbox"/> Atadura		<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase	
<input type="checkbox"/> Eter		<input type="checkbox"/> Lidocaina em gel	
<input type="checkbox"/> Povedine tópico		<input type="checkbox"/> Água oxigenada	
<input type="checkbox"/> Povedine degermante		<input type="checkbox"/> SGF	
<input type="checkbox"/> Clorexidina		<input checked="" type="checkbox"/> SF	
<input type="checkbox"/> Álcool		<input type="checkbox"/> SGS	
<input type="checkbox"/> Sufa de azina de prata		<input type="checkbox"/> SRL	
		<input type="checkbox"/> Água destilada	

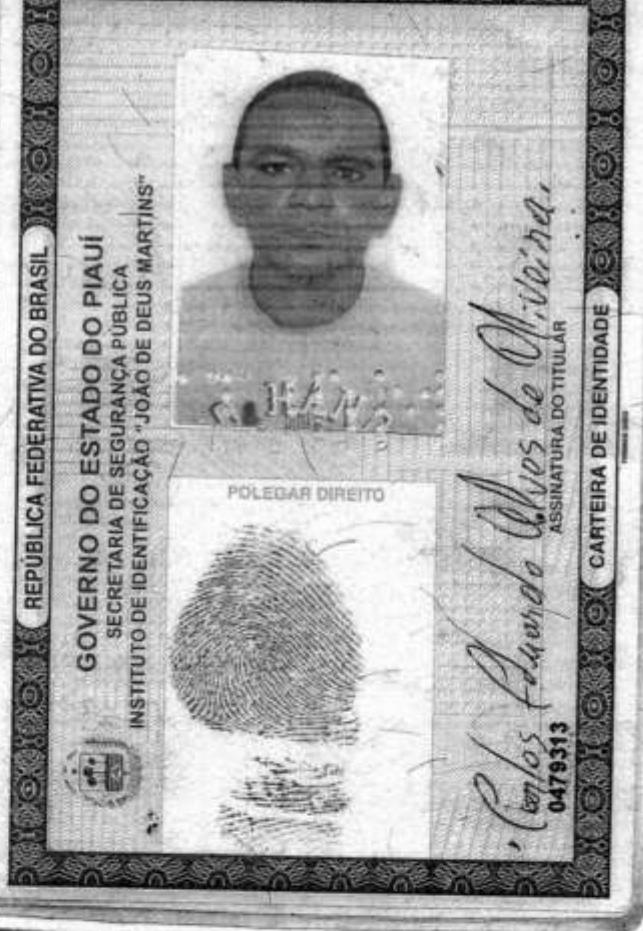
Outros:

3 curativos



28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Nogueira CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

Ruth Maria Frances M. da Silva
 Enfermeira
 ANCCM MS/PI - IS 445-554



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PLACA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1012642520

NOME			
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO			
DOC. IDENTIDADE /ÓRG. EMISSOR/VF 195451 SSP PI			
CPF 077.532.253-91 DATA NASCIMENTO 02/03/1954			
FILIAÇÃO			
JOAO ODORICO FERREIRA			
LUISA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			
PERMISSÃO:	ACC	CAT/HAB	
03326825915		VALIDADE 10/12/2019	1ª HABILITAÇÃO 06/01/1981
DESENVOLVIMENTO			
 <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>			
LOCAL FLORIANO		DATA DE EMISSÃO 18/12/2014	
 <small>ASSINATURA DO EMISSOR</small>		55065857216 PI314035559	
DETTRAN-PI (PIAUÍ)			

PROJETO PLASTIFICAR

1012642520

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



Cardiologia - Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Pediatria - Psiquiatria
Raio x Digital - Fisioterapia - Psicologia - Nutrição - Exames laboratoriais

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que o paciente Carlos Eduardo Alves de Oliveira, 37 anos, RG 1991205, CPF 009.153.643-01, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 10/11/2018 com ficha de atendimento de número P0592249, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 104347.000593/2019-07, com trauma no antebraço esquerdo e exames de imagem evidenciando fratura do rádio, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta, evolui com dor e edema, limitação de flexo-extensão do punho esquerdo de aproximadamente 20%, limitação da prono-supinação do antebraço esquerdo de aproximadamente 20% e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S - 52.3



Floriano - PI

10/04/2019

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 4315 / TEOF: 14175

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: 04020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francilene Valentim Rocha

RG nº 1.546.309, data de expedição 07/08/94

Órgão _____, portador do CPF nº 841.742.423-72,

com domicílio na cidade de Floriano, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Raimundo Pereira dos Santos, nº 200,

complemento Bairro São Bento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Carlos Eduardo Alves de Oliveira, cujo o condutor era

Carlos Eduardo Alves de Oliveira.

Veículo: motoeletro Modelo: Honda Pop 110 I Ano: 2019

Placa: QUE 9121 Chassi: 9C2JB0100KR105055

Data do Acidente: 10/11/18

Local e Data: Floriano-PI, 16.03.19

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 819 - C
Floriano/PI - CEP 64800-000
Fone/Fax: (88) 3522-3
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Francilene Valentim Rocha

Como Verdadeira Autêntica Semelhança
Dou fá. Floriano/PI, 18/03/19

Gildei Ferreira da Silva Almeida - Testem.

Givane Ferreira da Silva - Testem.

Juellie Nunes Gomes Cavalcante - Escr.



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.718/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.363-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Tarifa B-1
Fatura especial (Re-impressão autorizada pela SEFAZ/PI)

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO: >

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal: 019506986

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

DATA MÊS
MARÇO/2019

VENCIMENTO
10/04/2019

CONSUMO (kWh)
182

TOTAL A PAGAR (R\$)
166,50

CRISTIANE DA CONCEIÇÃO LOPES LINHARES
R. BENTO LEÃO 262 A - CENTRO
CPF: 000005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANÓ

B-URBANO

ROT: 97.800.17.19.069400

DADOS DA LEITURA:

kWh

DATAS DA LEITURA

Anual: 12550
Anterior: 12368
Constante de Multiplicação: 1.000
Consumo Médio: 182
Consumo Faturado: 182
Forma de Faturamento: NORMAL

Anual

25/03/2019

Anterior

21/02/2019

Proxima Leitura

24/04/2019

Emissão

22/03/2019

Apresentação

25/03/2019

Dias de Consumo

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1441592		3.1.3.1	166

HISTÓRICO kWh:

Mês/ano consumo:
FEV/19 173
JAN/19 142
DEZ/18 156
NOV/18 187
OUT/18 195
SET/18 203
AGO/18 188
JUL/18 112
JUN/18 145
MAI/18 139
TARIFA SEU DEBUTO:
2 A 182 - 0,52000

CONSUMO: 182 A R\$ 0,868147 = 158,00
CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
02/2019 166,16

Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/04/2019, em função das contas reavaliadas neste faturamento. O seu pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEMSA. Informamos ainda existir(em) contas(vencidas) e/ou reavaliadas) no valor de R\$ 102,39 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 056 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

Você pode entrar pelas dobras de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 8221.8D03.F898.ED2F.8EC3.0D0B.BBB6.1AEC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Dispensação: 32,77
Energia: 63,29
Transmissão: 10,71
Encargo: 6,75
Tributos: 44,48

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo: 158,00	123,2
Alíquota ICMS: 22,00%	GENTE SEGURADORA S.A.
Valor do ICMS: 34,76	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Valor do PIS: 1,41%	Centro-Norte CEP: 64.002-470
Valor do COFINS: 6,49%	Teresina-PI

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FC	DMIC	DCRI
	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Linha:	0,00	0,00	0,00	0,00
Residuo:	0,00		0,00	0,00
Correção:			Período de agravamento:	01/2019, R\$0,00

ROT: 97.800.17.19.069400

equatorial
ENERGIA
cepsa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 08.840.718/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.363-5

SEU CÓDIGO
1335477-9

TOTAL A PAGAR - R\$
166,50

MÊS FATURADO

03/2019

VENCIMENTO

10/04/2019

Nº da Nota Fiscal: 019506986

FCAM

83610000001 4 66500017000 1 00000001335 9 47790319008 0



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

²Conselho 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 Agostinho Ferreira do Nascimento, inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.532.253 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Eduardo Alves de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.153.643 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz, da Vítima Carlos Eduardo Alves de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.153.643 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios:



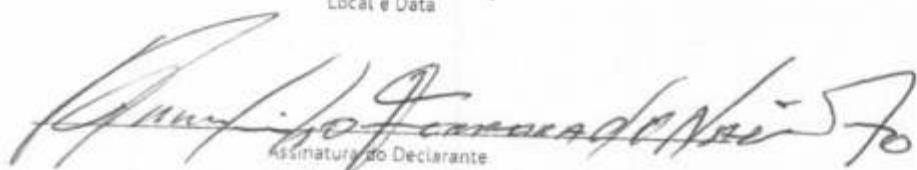
Recuso informar

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 Bento Bento</u>		Número	<u>662 A</u>	Complemento	<u>-</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Floriano</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64.800-000</u>
Email	<u>-</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>89- 3521 2793</u>		Telefone celular (DDD)	<u>89- 99435 1033</u>

Floriano-PI, 27 de maio de 2019
 Local e Data



Assinatura do Declarante