

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
5396891

MÊS
11/2018

PERÍODO DE CONSUMO
11/10/2018 a 13/11/2018

CONSUMO (kWh)
40

VENCIMENTO
21/11/2018

TOTAL A PAGAR
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

CÓDIGO ÚNICO
5396891

MÊS
11/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 14,07

836000000007.140700170008.000000005397.689111180055



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

Um horário repassado para Jucurema

192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANO-PI



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB
ORA: _____

DATA: 10 11 18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Europeias de Loures BAIRRO: Tropiú CIDADE: Flo
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo dos Santos IDADE: 37

SAÍDA DA BASE: 15:46 CHEGADA AO LOCAL: 15:50 SAÍDA DO LOCAL: 16:02
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:05 SAÍDA DO HOSPITAL: 16:15 RETORNO À BASE: 16:17

| NATUREZA DA OCORRÊNCIA: | | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| ACIDENTE DE TRANSITO/INDETERMINADAS | CHOQUE ELÉTRICO | ACIDENTE COM ANIMAL |
| AGRESSÃO FÍSICA | MAL SUÍDO | RECONHECIMENTO |
| URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA | URGÊNCIA OBSTÉTRICA | INTOXICAÇÃO EXÓGENA |
| ENVEENAMENTO | QUEDADA | ACIDENTE DOMÉSTICO |
| ABANDONO | | OUTROS |

| AVALIAÇÃO GERAL | | | |
|-----------------|-----------|---------|----------------|
| CONSCIÊNCIA | SAZAMENTO | PUPILAS | PULSO CARDÍACO |
| ENTRADA | SAZAMENTO | PUPILAS | PULSO CARDÍACO |
| ENTRADA | SAZAMENTO | PUPILAS | PULSO CARDÍACO |
| ENTRADA | SAZAMENTO | PUPILAS | PULSO CARDÍACO |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coaracy de Rezende, 965 Loja C
Centro - Fone: CEP: 64.002-470
Tefesina-PI

SAÍDA VITAL: 101
FREQÜÊNCIA (PM): 20
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): 1 mobilizado
SATURAÇÃO DE O2 (%): 99
TEMPERATURA (°C): _____
TENSÃO CAPILAR: _____

DESCRIÇÃO: Pct sofreu queda de moto, com escorregos e suspeita de fratura no punho direito, consciente.

| | | |
|----------|------------------------|------------------------|
| ARMOSTRA | INSTRUMENTO DE CERRADO | INSTRUMENTO DE CERRADO |
| ARMOSTRA | INSTRUMENTO DE CERRADO | INSTRUMENTO DE CERRADO |
| ARMOSTRA | INSTRUMENTO DE CERRADO | INSTRUMENTO DE CERRADO |
| ARMOSTRA | INSTRUMENTO DE CERRADO | INSTRUMENTO DE CERRADO |
| ARMOSTRA | INSTRUMENTO DE CERRADO | INSTRUMENTO DE CERRADO |

VIAGEM DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MIGRAÇÃO ☐ FICOU ☐ ALTERADO ☐
TC: _____
TEMPO DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO ☐
ANTE O TRANSPORTE ☐
PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ UPM ☐ OUTRO: _____

CIDADE: _____

SAMU - 192
Confere com o original
Floriano-PI 21/12/2018

M. Gaudin

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL: Adm. Jucurema João Darc / Pedro

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
Funcionario: LIA

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

Senha 107

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648000

End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 -

Bairro: BOM LUGAR

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

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

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Hospital Regional Tiberio Nunes
Exame: ex. físico
Data: 10/11/18 - 16:19
Ass. Silva

ORTOPEDIA

Acidente vítima de acidente de trânsito
com fratura do rádio e ulna e lesão no
cotovelo.

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 14/12/2018
ASSIN. [Assinatura]

Dr. Carlos da Silva Osório
Médico - 479

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 Formosa de Carvalho Número: 550 Complemento: -

Bairro: Imperatriz Cidade: Florianópolis Estado: PI CEP: 64.800-000

E-mail: - Tel (DDD): 89-3521 2793

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 64199 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

op. 013

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Florianópolis - PI 19.03.19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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: 2ª 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. EURÍPEDES DE AGUIAR, Nº:

Complemento

SL3211

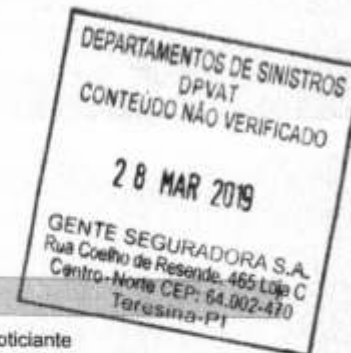
Data/Hora

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. EURÍPEDES DE AGUIAR CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRA CITADO EMPLACADA EM NOME DE FRANCILENE VALENTIM ROCHA, PORTADORA DO CPF Nº 841.742.423-72; QUE NAS IMEDIAÇÕES BAR KIBUT, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA, VINDO 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 RAIOS "X" FOI DIAGNOSTICADO FRATURA DO ANTE-BRÇO 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.000593/2019-07

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.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

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: Reuso Endereço: Rua Formosa de Camalho Número: 550 Complemento: —

Bairro: Inapua II Cidade: Florianópolis Estado: PI CEP: 64.800-000

E-mail: — Tel (DDD): 89-3521 2793

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 64199 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) op. 013

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia a uma 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Florianópolis - PI 19.03.19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



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

Carta nº 14338714



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, 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





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: INTERRUÇÃO 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

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: 000000064199-6

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO ALVES
DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

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, Nº550, IRAPUÁ II, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 195451-PI

Est. Civil: CASADO

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

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.

FLORIANO-PI, 16 de MARÇO de 2019.



Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal



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

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64600-000
Fone/Fax: (89) 3522-3333
e-mail: cartorioleal@hotmail.com

RECONHECIMENTO

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

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança

Dou fé, Floriano/PI, 18/03/19



☒ Glidete Ferreira da Silva Almeida - Tabelá

☐ Glivane Ferreira da Silva - Tab. Substituta

☐ Juslie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 ULNA 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

PELO REANÁLISE DO MEU PROCESSO, E ME CONVOQUE PARA PERÍCIA, PARA CONSTATAR AS GRAVIDADES DAS SEQUELAS, PORQUE DO ACIDENTE TIVE LESÕES MUITO GRAVES, COM FRATURA DO BRAÇO ESQUERDO. FIZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS, TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E APÓS OS TRATAMENTOS ME ENCONTRO IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR MINHAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. FIZ O PEDIDO DA INDENIZAÇÃO, PORÉM ME PREJUDICARAM NA PAGAMENTO DO VALOR CORRESPONDENTE ÀS SEQUELAS.

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Niterói - RJ - 24020-170
 Telefone: (21) 2402-170

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

[illegible]

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CHUFJ 09.242.608/0001-04

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

Florianópolis - Pi, 16 de março de 2019


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 187.848-F



Ubs. Itoraima repassados para Tucuruá

SAMU - 192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA FLORIANO-PI



MOBILIZAÇÃO ACIONADA: USR _____
ORA: _____

DATA: 10/11/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Turpedes de Louros BAIRRO: Tropuê CIDADE: Flo
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo Alves Oliveira ID: 37

CONTROLE DO TEMPO
HORA DA BASE: 15:46 CHEGADA AO LOCAL: 15:50 HORA DE PARTIDA: 16:02
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:05 SAÍDA DO HOSPITAL: 16:15 RETORNO: 16:17

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:
ACIDENTE DE TRANSITO: N/D CHOQUE ELÉTRICO ACIDENTE COM ANIMAL
AGRESSÃO FÍSICA: MAL SÓBRIO FOGUETIM
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: URGÊNCIA OBSTÉTRICA INTOXICAÇÃO EXÓGENA
ENVENENAMENTO: SOROCULATURA LESÃO FÍSICA
APOCALIPSE: QUIDA FAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 395 Lote C
Centro - Nono DE: 64.002-470
Teresina-PI

AValiação GERAL
SINAIS VITAIS: * SANGRAMENTO: * PULSO: * TEMPERATURA: * PRESSÃO: *
FECUNDIDADE: * SANGRAMENTO: * PULSO: * TEMPERATURA: * PRESSÃO: *
FECUNDIDADE: * SANGRAMENTO: * PULSO: * TEMPERATURA: * PRESSÃO: *

SINAIS VITAIS: HORA: HORA:
RESPIRAÇÃO (PM): 101
FECUNDIDADE (PM): 20
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): 1 mobilizado
SATURAÇÃO DE O2 (%): 99
TEMPERATURA (°C):
PULSO CAPILAR:

RESPIRAÇÃO: Pac sofreu queda de moto com escoriações e suspeita de fratura no pulso orientado, consciente

EXAME FÍSICO: HEMODINÂMICA: HEMODINÂMICA: HEMODINÂMICA:
ADRENALINA: HEMODINÂMICA: HEMODINÂMICA:
ADRENALINA: HEMODINÂMICA: HEMODINÂMICA:
ADRENALINA: HEMODINÂMICA: HEMODINÂMICA:

LOCAL DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MOTIVO: ☐ FICOU ☐ ALTERADO ☐
TÍTULOS:
TESTE DE SODORIO: ☐ DURANTE O SODORIO: ☐
TESTE DE TRANSPORTE: ☐
TESTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ UPT ☐ OUTRO
CIDADE: _____

SAMU - 192
Confere com o original
Florianópolis 21/12/2018
M. G. G. G.

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL: Agn. M. M. M. / Paulo Sarc / Pedro

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 Pai: *****

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO 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

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Hospital Regional Tibério Nunes
Exame: *Ex. físico*
Data: 10/11/18 - 16:19
Ass. *Ass. técnica*

ORTOPEDIA

Acidente vítima de acidente de motocicleta
com fratura do rádio e ulna e lesões
distais.

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 14/12/2018
ASSIN: *[Assinatura]*

Dr. Carlos da Silva Osório
Médico - 479

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,
MANGUINHA, FLORIANO/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
Funcionario: LIA

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

Senha 107

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 6480000

End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 -

Bairro: BOM LUGAR

Cidade: FLORIANO/PI

IBGE: 2203909 Cor: PARDA Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

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 ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA EM PUNHO E APOS QUEDA DE MOTO

EXAME FÍSICO**SINAIS VITAIS**

PA: 0 mmHg

TAX: 20°C

FR: 0 mrpm

FC: 1014 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

NENHUM

CONDIÇÃO

AO ORTOPEDISTA



Assinatura
Assinatura do Médico
Assinatura do Médico



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)
668050051986479
10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA
12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - BOM LUGAR
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

6 - DATA DE NASCIMENTO
27/05/1981

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
32667

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 ☐ 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(69) 9419-1800

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI
16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doente com fr. do rodio e luxação
rodio ulna distal*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Unidade de TTO Complexo
Ausente + Exame físico + Rx*

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

5523



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020431

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSON ANTONIO MENEZES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/11/2018

32 - ASS. E CARGO (Nº DO CRM)
*Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3312 TEL: 33135*

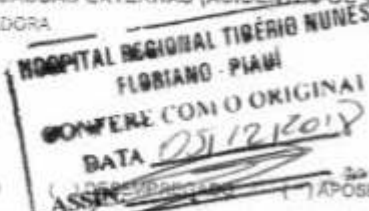
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

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

36 - CNPJ EMPRESA



40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARGO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Onia

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)
898050051985479

10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - BOM LUGAR

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/05/1961

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
32667

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9419-1800

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2203906

15 - UF
PI

16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão no fêmur esquerdo com fratura fechada e deslocada, com lesão do tendão do músculo bíceps femoral.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Fratura de fêmur esquerdo

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

Exame de radiografia de fêmur esquerdo.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
S23

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080.0401

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/11/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CSOR

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 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE 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
FLORIANO/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- FLORIANO/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

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

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☒ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido

História Clínica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN:

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Evolução Clínica

Atendimento

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

DEPARTAMENTO 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

BOLETIM CIRURGICO

1067530 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do antebraço (E)

Cirurgia: Osteossintese do rádio (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Acesso em um só fragmento no USG + medula
2. Acesso + art. punho + fragmento de corpo ante
3. Fratura do rádio no antebraço (E) + deslocar no plano + medula do rádio
4. Enxerto do rádio do rádio + colocação de placa de 1.5m + 10 parafusos com 06 parafusos
5. Lavagem e rep.
6. Pontuação
7. Curativo



Cirurgião: Dr. Alexandre Lima

1º Auxiliar: Dr. Francisco Junior

2º Auxiliar: Paulo

Anestesiologista: Dr. Paulo

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS



BOLETIM CIRURGICO

1067580 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do antebraço (E)

Cirurgia: Osteomontagem do rádio (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Punção em um só bloqueio no W56 + medula
2. Alargura + anti-gume e separação de caps entre
3. Fim da dor no antebraço (E) + abertura do
- plano + medula do rádio
4. Exatidão do plano do rádio + colocação
- de placa de P 2.5mm e 10 pins com 06
- parafusos
5. Lavagem do local
6. Curativo
7. Bandagem



Cirurgião: Dr. Alexandre Augusto

1º Auxiliar: Dr. Paulo Jesus

2º Auxiliar: Paulo

Anestesista: Dr. Danilo

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ CAUDAL

☐ GERAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

Dr. Francisco Junior Costa Branca
CRM: PI 4504 / TETO 14196

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

FLORIANO-PI

| | | | | |
|--|----------------------|-------------------------|--|-----------|
| NOME <u>Roberto Eduardo Almeida da Silva</u> | | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | |
| DATA <u>12/11/18</u> | H <u>17</u> do mês e | HORÁRIO MEDICAÇÃO | OBSERVAÇÕES | |
| 01. DIETALIVRE | <u>lucroso e bom</u> | | <u>Deve ser encaminhado para o setor de fisioterapia, fisioterapia e fisioterapia.</u> | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | <u>Prontidão</u> | |
| 03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | <u>18/11/18</u> | | <u>Prontidão</u> | |
| 04. GEFITOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | <u>18/11/18</u> | | <u>Prontidão</u> | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | <u>18/11/18</u> | | <u>Prontidão</u> | |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | <u>18/11/18</u> | | <u>Prontidão</u> | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | <u>18/11/18</u> | | <u>Prontidão</u> | |
| 08. CLEZANE 40MG - 01 AMP SC 1x12h | | | | |
| 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 | | | | |


 Manoel Nogueira Coimbra
 Enfermeiro e Transfusão
 CRP 1912 TEOR: 3135

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

Carlos Roberto Amorim
 FARMACIA
 COORDENADOR

**HOSPITAL REGIONAL TIBERÍONES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (69) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

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, 8 MESES, 15 DIAS

Convênio: SUS

Leito: EX38 Enfermaria: E01

Impresso: 12/11/2018

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

4,41 milhões/mm³4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

13,7 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

41,4 %

40 a 52 %

VCM

93,88 u³80 a 100 u³

HCM

31,07 pg

26 a 34 pg

TCM

33,09 %

31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS

9.290 mm³4.500 a 11.000 /mm³

MIELÓCITOS

0 %

0

METAMIELÓCITOS

0 %

0

BASTONETES

1 %

0

SEGMENTADOS

72 %

0

BASÓFILOS

0 %

0

EOSINÓFILOS

3 %

0

LINFÓCITOS

17 %

0

MONÓCITOS

7 %

0

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

CONTAGEM GERAL

100,00

100%

PLAQUETAS

208.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL:

254-PAULO CESAR BORGES LOPES

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRI NUNES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

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, 8 MESES, 15 DIAS

Convênio: SUS

Leito: EX38 Enfermaria: E01

Impresso: 12/11/2018

CREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 1,2 mg/dl

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

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 25,5 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:



CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU APT. | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|--|--|---------|--|--|-------------------|
| DATA / HORA CÓDIGO | PREScrição MÉDICA | QUANT. | HORÁRIOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES | |
| 01/04/2019 | <p>1 - bieta Geral</p> <p>2 - Jacto Hidrolisado</p> <p>3 - Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD, EV, 12/12h</p> <p>4 - Dipirona 2CC + AD, EV, S.O.S</p> <p>5 - Ranitidino 50mg - 01 amp, + AD, EV, 8/8h</p> <p>6 - Plasil - 01 amp + AD, EV, S.O.S</p> <p>7 - SSV e CCGG</p> | | <p>1-0V ✓</p> <p>2-4OV ✓</p> <p>3-0V ✓</p> <p>4-0V ✓</p> <p>5-0V ✓</p> <p>6-0V ✓</p> <p>7-0V ✓</p> | <p>22hs Verificado</p> <p>Rd 120x80cm de</p> | |
| <p>Dr. Rui Barbosa Pereira</p> <p>O Colégio de Enfermagem - MME 5047</p> <p>CREFPE nº 2991/CB</p> | | | | | |
| <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>28 MAR 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A.</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p> <p>Centro-Norte CEP: 64.002-470</p> <p>Teresina-Pi</p> | | | | | |

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

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|--------------|-------------|-----------|
| NOME <u>Edenilde J. de Oliveira</u> | | ALA <u>Ortopedia</u> | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA <u>13/11/18</u> # <u>57 de diagnóstico</u> | | HORÁRIO MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| 01. DIETA LIVRE | | | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | <u>18h</u> | | | |
| 04. CEFAOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | <u>06h</u> | | | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | <u>18h</u> | | | |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | <u>06h</u> | | | |
| 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. SSV + CCGG | | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
 Centro - Niterói CEP: 64.002-480
 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
 AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

| | | | |
|--|-----------------|-------------------|-------------------------|
| NOME | Caleon Escamele | | |
| DATA | 14/01/18 | PREScrição Médica | |
| 01. DIETA LIVRE | | ALA | ENF. OU APT. |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | LEITO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 18:00 | 66:00 | HORÁRIO MEDICAÇÃO |
| 04. GEEALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 18:00 | 66:00 | OBSERVAÇÕES |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 18:00 | 66:00 | |
| 06. JILATIL-20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 18:00 | 66:00 | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | |
| 08. GLEEXANE 40MG - 01 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. SSVV + CCGG | | | |
| Dr. Calisto P. Filho Diretor Geral CRM: 2512 - 1001-1348 | | | |

At. 2018, encaminhada para 3401102
 mltg. de 10/01/18

ORFEPEDIA

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

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

| | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------|--------------|-------------|-----------|
| NOME | <u>Cecilia Galelo</u> | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA | <u>15/11/18</u> | 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. DIFIRONA 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. GLEKXANE 40MG - 01 AMP SG-1X/8H | | | | | |
| 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. Consegundes P Filho
Ortopedia
CRM: 2572 / 15.01.73-8

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

ala A
38/43

| | | | | | |
|---|---------------|-----|--|-------------|-----------|
| NOME | Carla Eduardo | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | COELHO | | |
| DATA | 16/11/18 | | | | |
| 01. DIETALIVRE | | | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | | |
| 06. MALTIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 08. GLEKXANE 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 | | | | | |
| <div data-bbox="568 1172 876 1490" data-label="Text"> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 20 MAR 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rosendo, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p> </div> | | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | |
| | | | HORÁRIO MEDICAÇÃO | OBSERVAÇÕES | |
| | | | AS 1h segue aguardando informação p/ radiologia infusão de curativos Em 16.11.18, por odontólogo no clínico, obedeceu devido prontidão de trabalho de radioc. Segue BCB, notei, pontos, des- bulando sem auxílio. Não ap- deixa, necessita de remedia- ção. Mas, BM, atende medi- conforme. Durante estudo apresenta eliminação grande de urina. Não há há 20-30mg de calceolona de quebra, obedece, obedecendo Apto Pa - 150x110mmHg, tra. com. Td com. 250 (448) | | |

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

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|--------------|-----------------------|-----------|
| NOME <u>Cassio Eulalio</u> | | ALA | ENF. OU APT. | LETO | ORTOPEDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA <u>12/11/18</u> | | HORARIO MEDICAÇÃO | | OBSERVAÇÕES | |
| 01. DIETA LIVRE | | | | MS 13:00H PR 110x80mm | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | 18 | | 18 | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | 05 | | 06 | |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | 12 | | 18 | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | 04 | | 06 | |
| 06. ILIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 08. GLEXYANE 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. Cassio Eulalio
CRM 2537 13/11/18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 455 Loja C
Centro - Nte CER: 64.002-470
Teresina-PI

red 10x10 e 5x10
10g de 10x10 e 5x10
Cachê 11.11

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

| | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-------|-------------------------|--|
| NOME <u>Paul Eduardo</u> | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | OBSERVAÇÕES |
| DATA <u>18/11/18</u> | HORARIO MEDICAÇÃO | | | ORTOPÉDIA | |
| 01. DIETA LIVRE | | | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 18 | 18 | 47 | | Paciente pegue no leito acessando a circulação sem queixa no me- mento. Esc. Pleu- ra 20:25 em repouso no le- ito, calma, orientado, co- municativo, sem queixas algumas PA = 120x80 mmHg |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 12 | 18 | 04 | | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | | |
| 06. HEATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | | |
| 08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP 9C 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. SSV + CCGG | | | | | |

Florianópolis, 28 de Março de 2019
O ortopedista
Dr. TIBÉRIO NUNES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

| | | | | | | | |
|---|---------------|--|--|-------------------------|--------------|-------------|-----------|
| NOME | Carla Bezerra | | | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| DATA | 12/11/18 | | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | OBSERVAÇÕES | |
| 01. DIETALIVRE | | | | HORARIO MEDICAÇÃO | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | 18 | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | 06 | | | |
| 04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | 12 | | | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | 24 | | | |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | | | | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) // | | | | | | | |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 8C 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. Conquistador 2 milh
Ortopedia / Trauma Ortopedia
CRL: 2570 15017355

Em 19.11.18, por no 0903H
Estado futuro de partes (Próximo de Rodas e). Siga
BCE, LITE, pincer e deon-
híbrido em análise. Não
deje, mas não de vomito
perloral dila expulsa
Ligam
32:38 Unificado PA-120x10-mm
1kg gravaria 808.005 TC

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

| | | | | | | | |
|--|---------------|--|--|---|--------------|-------|-----------|
| NOME | Gelson Chaves | | | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | DATA 20/11/18 | | | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| 01. DIETA LIVRE | | | | HORÁRIO MEDICAÇÃO | | | |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | OBSERVAÇÕES | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 13 | | | As 12:00 hr. pt. em Tax = 36.3°C. | | | |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 13 | | | sem queixas no momento, segue estável no leito sem intercorrências. (ver anexos) | | | |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | 13 | | | As 15:35 pt. apresentando eritema do, hiperemaciado, secos. Não apresenta, hiperemaciado, secos. Apresenta hiperemaciado, secos. | | | |
| 06. TITACIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | 13 | | | e repouso noturno, com sono, diurese presente, rubor frente. PA = 120 x 80 mmHg, FC = | | | |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS | 13 | | | 98 bpm, FR = 23 rpm. Col. C/P | | | |
| 08. CHEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA | 13 | | | Baixa - 1 - | | | |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS | 13 | | | As 20:45 hr. - | | | |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg | 13 | | | conduzido para a sala de exames, onde foi submetido a PA = 140 x 80 mmHg. FC = 100 bpm. | | | |
| 11. CURATIVO | 13 | | | Submetido a exame de 250/148 mmHg. | | | |
| 12. SSVV + CCGG | 13 | | | Gente Seguradora S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI | | | |

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

| | | | |
|--|-----------------|--------------|-------|
| NOME | Calebe Elevaldo | | |
| DATA | 22/11/18 | | |
| PREScrição Médica | ALA | ENF. OU APT. | LEITO |
| 01. DIETA LIVRE | | 28 | 41 |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | |
| 04. GEFATOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | |
| 05. DIPIRONA 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. CLEXANE 10MG - 01 AMP 3G-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. SSV + CCGG | | | |
| <p>Dr. Consequência P. Filho Ortopedista Traumatologista CRM: 2512 DEOD 1348</p> | | | |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| HORÁRIO MEDICAÇÃO | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| <p>Paciente calmo segue em Beds acompanhando sinais vital. Ede 06/08 Em 22.11.18 por no 22.034 devido a dor de punho e. segue RG comente, o que tudo, desatendido por sua luz. Mude de cor, novas de vontade. Autando disto e acido. Plumeon pradoys. 28. 22.034 165x89 mmHg. 74x40 17</p> | | | |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Cosílio de Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-Pi

140x80mm h3 150x110
 130mm / h3 h3
 120x80MM h3
 110x80mm h3
 100x80mm h3
 90x80mm h3
 80x80mm h3
 70x80mm h3
 60x80mm h3
 50x80mm h3
 40x80mm h3
 30x80mm h3
 20x80mm h3
 10x80mm h3
 0x80mm h3

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

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

| | | | | |
|---|-------------------------|--------------|-------|-------------------|
| NOME <u>Paulo Eduardo</u> | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPÉDIA |
| PREScrição Médica | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | | | |
| DATA <u>26/11/19</u> | HORÁRIO MEDICAÇÃO | | | OBSERVAÇÕES |
| 01. DIETA LEBRE 2eu, (manhã 8/19 até) | | | | em 16:00 refeição |
| 02. JELCO HIDROLISADO | | | | em 16:00 refeição |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS | | | | em 16:00 refeição |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | em 16:00 refeição |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS | | | | em 16:00 refeição |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS - 1/1 | | | | em 16:00 refeição |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) | | | | em 16:00 refeição |
| 08. CLORANTEL 400MG - 01 AMP 3C 1X/DIA | | | | em 16:00 refeição |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) | | | | em 16:00 refeição |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg | | | | em 16:00 refeição |
| 11. CURATIVO | | | | em 16:00 refeição |
| 12. SSV + CCGG | | | | em 16:00 refeição |
| 13. <u>Clonidine 9g/0,2mg IV 6/6h</u> | | | | em 16:00 refeição |
| <p>Dr. <u>Neilson de Menezes</u> CRM: 20222 - Clínica 102 ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</p> | | | | |

COREN-PI: 541.094



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

D. Anec: 27.05.81

37 anos

Flórida - PI

Nome do Paciente: Carlos Eduardo Gomes de Oliveira

Reg. Same 32.667

Cirurgia: Osteotomia de Golebraco Enquadrado

Sala: 03

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Francisco Junior

Instrumentador: Lindoval

Circulante: Naiana L. Sousa

Data: 24 / 11 / 18

Início: 15:45

Término: 16:40

Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

| Nº | ESPECIFICAÇÃO | LABORATÓRIO | QUANT. | PUNIT. | SUB TOTAL |
|----|------------------------|----------------------|-----------|--------|-----------|
| 01 | ADRENALINA | | | | |
| 02 | ALBUMINA HUMANA | | | | |
| 03 | ATROPINA | | | | |
| 04 | ÁGUA DESTILADA | | | | |
| 05 | AMPICILINA | | 02 parcom | | |
| 06 | ADRENOPLASMA | | | | |
| 07 | CEDILANIDE | | | | |
| 08 | CLORETO DE POTÁSSIO | | | | |
| 09 | CREME VAGINAL | | | | |
| 10 | COLÍRIO | | | | |
| 11 | GEFALOTINA 1g | | | | |
| 12 | CLORAFENICOL | Cepzolina 1g | 02 parcom | | |
| 13 | DECADRON | | | | |
| 14 | DOLASSAL | | 01 amp. | | |
| 15 | DORMONID | Dipisana 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 | | | | |
| 32 | PROSTIGIMINE | Orbitolona | 01 amp. | | |
| 33 | POMADA OFTALMOLÓGICA | | | | |
| 34 | QUELICIM | | | | |
| 35 | QUEMICETINA | | | | |
| 36 | RINGER-LACTADO | | | | |
| 37 | SORO FISIOLÓGICO | | | | |
| 38 | SORO GLICOSADO | 500ml | 07 parcom | | |
| 39 | TRANSAMIN | lidocaina c/ vaso 2% | 02 parcom | | |
| 40 | THIONEMBUTAL | | | | |
| 41 | VALIUM | | | | |
| 42 | VITAMINA K | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2019

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FEBRILIANO PIAM
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

| | | | |
|---|------------------------------|--|-------------|
| Nome: <u>Carlos Eduardo Gomes de Oliveira</u> | | Registro: <u>32667</u> | |
| Enf.: _____ | | Leito: _____ | |
| Apto.: _____ | | | |
| Data <u>24/11/18</u> | P. Arterial <u>130x80</u> | Pulso <u>78</u> | Respiração |
| Exame de Sangue | Gr. Sanguíneo | Hematinátria | Hemoglobina |
| | | | Hematócrito |
| | | | Glicemia |
| | | | Dos. Uréia |
| Exame de Urina | | | |
| F. Respiratória | | | |
| S. Circulatório <u>Est. bom</u> | | | |
| Sistema Respiratório | | Eletrocardiograma | |
| Assina | | Bronquite | |
| Sistema Digestivo | | Sistema Urinário | |
| Estado Mental <u>G = 15</u> | | Corticóides | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Exat. de antebraço</u> | | Atarácicos | |
| Pré-Medicação (Agentes e Doses) | | Risco | |
| Aplicado As: | | Efeitos: | |
| Agentes Anestésicos | Oxigênio | | |
| JIDO | Soluto 500 | | |
| | Sangue 300 | | |
| | Outros 100 | | |
| Temperatura | C | | |
| P. Arterial | 38 | | |
| Pulso | 36 | | |
| Início e Fim Anestesia | 34 | | |
| Início e Fim Operação | 32 | | |
| Respiração | 30 | | |
| SÍMBOLO | | TOTAL DE DOSES | |
| Técnica: <u>Bloq. supraclavicular</u> | | <u>Vidocaina 2% - 10ml</u> <u>Bupivac 0.9% - 10ml</u> <u>AD = 10ml</u> | |
| | | SEQUÊNCIA | |
| | | <u>Cefazolina 2g</u> <u>Diploina 2g</u> <u>Decadron 1g</u> <u>Antes 1g</u> <u>R. p. 1g</u> | |
| | | DURAÇÃO | |
| | | Indentes - Acidentes | |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64302-470
Teresina - PI

Dr. Danilo Marçal de Sá
ANESTESIOLOGISTA
CRM: 1000

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAPI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Sala C
Centro - Norte CEP: 64.012-470
Teresina - PI

Hospital Regional
Tiberio Nunes

Nome do Cliente: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Data de nascimento: 27/05/1977

Prontuário: 32667

Enfileite: 18/42

Data do Procedimento: 24/01/18

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: () Sim () Não Horário SSV: 12:00 T: 36.1°C FC: 78 bpm FR: 23 ipm PA: 120x75 mm

Glicemia Capilar: _____ mg/dl Acesso Venoso: (x) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) 2m m5C S=18 = 23/01/18

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____ Jejum (v) Sim () Não A partir das: 21:00h

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim (v) Não Avaliação Cardiológica: () Sim (v) Não Utiliza Anticoagulante: () Sim (v) Não Último horário: _____

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: (v) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada (v) N

Higienizado: (v) Sim () Não Tricologia: () Sim (v) Não Camisola, gorro e pro-pés: (v) Sim () N

Alergias: () sim Qual: _____ (v) Não Exames essenciais disponíveis: (v) Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim (v) Horário: _____ Hora do Encaminhamento ao CC: _____

Prontuário completo com ficha de internação (v) Sim () Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 165 - 1º andar
Centro - Montenegro - RS - 91200-000

Nome: Carlos Eduardo Silva de Oliveira

Procedimento: Abertura de fratura Externa

MECANISMO

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Francisco Siroton

Anestesista: Dr. Danilo

Instrumentador: André

Enfermeiro: André

Circulante: Cláudia e Nayara

| ANTES DO ANESTÉSICO | | ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA | | ANTES DA SÁDADO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA | |
|--|--|---|--|--|--|
| Verificação de forma verbal junto ao paciente - Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento: (X) Sim () Não Anestesia: () Sim (X) Não () Não se verificou | | Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: (X) Sim () Não Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado: (X) Sim () Não PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? | | Confirmar nome do procedimento realizado: <u>Abertura de fratura Externa</u> Número de compressas antes da primeira sutura: <u>05 lavada</u> | |
| Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesista: (X) Sim () Não P.A. <u>144 x 92</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>65 bpm</u> | | Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? () Sim (X) Não Preparo da pele? (V) Sim () Não Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? (X) Sim () Não Equipamentos e instrumentais revisados? (X) Sim () Não | | Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? () Sim () Não (X) Não se aplica Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim (X) Não P.A. <u>164 x 106 mmHg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>74 bpm</u> | |
| Risco de perda sanguínea > 500ml () Sim (X) Não Reserva sanguínea? () Sim (X) Não Acesso venoso adequado e pervio? (X) Sim () Não () AVC () AVP Consentimento anestésico e cirúrgico (X) Sim () Não | | Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? () Sim () Não Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) () Sim () Não Número de compressas antes do procedimento: <u>05 lavada</u> P.A. <u>156 x 94 mmHg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>73 bpm</u> | | Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: | |

Dr. Danilo
ANESTESISTA

TEC. EM ENFERMAGEM

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HNIN

Dr. Danilo
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

Senha 14

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

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

Profissão: MARCENEIRO

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

End.: JOSINA CARVALHO, 550 -

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

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

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

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

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/ hemotransusão
- ☒ Esparadrapo 10x4,5 cm ⁷
- ☐ 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 ¹¹
- ☒ Atadura ¹¹
- ☐ Eter ¹¹
- ☐ Povidine tópico
- ☒ Povidine degermante ¹¹
- ☐ Clorexidina
- ☐ Alcool
- ☐ 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 endotraquial nº 5,5
- ☐ Tubo endotraquial nº 6,0
- ☐ Tubo endotraquial nº 6,5
- ☐ Tubo endotraquial nº 7,0
- ☐ Tubo endotraquial nº 7,5
- ☐ Tubo endotraquial nº 8,0
- ☐ Tubo endotraquial nº 8,5
- ☐ Colagenase
- ☐ Lidocaina em gel
- ☐ Agua oxigenada
- ☐ SGF
- ☒ SF
- ☐ SG
- ☐ SRL
- ☐ Agua destilada



Outros: *23 curativo*

Belinha

TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

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

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

curativo no MSE

MEDICAÇÃO ATUAL:

nenhuma

ALERGIAS:

nenhuma

SINAIS E SINTOMAS:

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



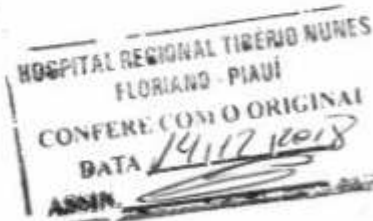
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

☐ 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



CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Sobx de curativo

DATA: 28/11/18 HORÁRIO: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: AG Maciel



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: B0596956
Data: 28/11/2018
Funcionario: 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

Profissão: MARCENEIRO

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0

End.: JOSINA CARVALHO, 550 -

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

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

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

Procedimentos

28/11/2018 10:35 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Material hospitalar

Qtd.

Qtd.

() Agulha 13x4
() Agulha 25x7
() Agulha 30x8
() Cateter p/ O₂
() Eletrodo
() Equipo macrogotas
() Equipo microgotas
() Equipo p/ bomba de infusão
() Equipo p/ hemotransfusão
() Esparadrapo 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
() Povidine tópico
() Povidine degermante
() Clorexidina
() Alcool
() Sufo 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 endotraquial nº 5,5
() Tubo endotraquial nº 6,0
() Tubo endotraquial nº 6,5
() Tubo endotraquial nº 7,0
() Tubo endotraquial nº 7,5
() Tubo endotraquial nº 8,0
() Tubo endotraquial nº 8,5
() Colagenase
() Lidocaina em gel
() Agua oxigenada
() SGF
() SF
() SG
() SRL
() Agua destilada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 14/12/2018
ASS: [assinatura]

Outros:

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

Registro: 32667
Hora: 09:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 11

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

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

Nascimento: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 2 DIAS Profissão: MARCEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
End.: JOSINA CARVALHO, 550 - Bairro: IRAPUA II Cidade: FLORIANO/PI
Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clínica: PROCEDIMENTOS Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO 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. |
|---------------------------------|-------------------------------|
| () Agulha 13x4 | () Scalp nº 19 |
| () Agulha 25x7 | () Scalp nº 21 |
| () Agulha 30x8 | () Scalp nº 23 |
| () Catéter p/ O ₂ | () Scalp nº 25 |
| () Eletrodo | () Seringa 1ml |
| () Equipos macrogotas | () Seringa 3ml |
| () Equipos microgotas | () Seringa 5ml |
| () Equipos p/ bomba de infusão | () Seringa 10ml |
| () Equipos p/ hemotransfusão | () Seringa 20ml |
| () Esparradrapo 10x4,5 cm | () Sonda aspiração nº 12 |
| () Fio Mononylon 2.0 | () Sonda aspiração nº 14 |
| () Fio Mononylon 3.0 | () Sonda aspiração nº 16 |
| () Fio Mononylon 4.0 | () Sonda de fowley nº 12 |
| () Fio Mononylon 5.0 | () Sonda de fowley nº 14 |
| () Jelco nº 14 | () Sonda de fowley nº 16 |
| () Jelco nº 16 | () Sonda de fowley nº 18 |
| () Jelco nº 18 | () Sonda nasogastrica nº 14 |
| () Jelco nº 20 | () Sonda nasogastrica nº 16 |
| () Jelco nº 22 | () Sonda nasogastrica nº 18 |
| () Jelco nº 24 | () Sonda nasogastrica nº 5,5 |
| () Lâmina de bisturi nº 24 | () Sonda nasogastrica nº 6,0 |
| () Luva estéril nº 7,0 | () Sonda nasogastrica nº 6,5 |
| () Luva estéril nº 7,5 | () Sonda nasogastrica nº 7,0 |
| () Luvas de procedimento | () Sonda nasogastrica nº 7,5 |
| () Multivia | () Sonda nasogastrica nº 8,0 |
| () Pacote de gazes | () Sonda nasogastrica nº 8,5 |
| () Atadura | () Colagenase |
| () Eter | () Lidocaina em gel |
| () Povidine tópico | () Água oxigenada |
| () Povidine degermante | () SGF |
| () Clorexidina | () SF |
| () Alcool | () SG |
| () Suia de azina de prata | () SRL |
| | () Água destilada |



Outros:

3 curativos


Ruth Maria Frances M. de Silva
Enfermeira
MACEIÓ - PI - IS 445-554

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
Carlos Eduardo Alves de Oliveira
0479313

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.991.205 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/14

NOME CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 27/05/1981

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 21217 F 225

EXP CAMPO MAIOR-PI 12/05/99

TERESINA-PI

009.153.643-01 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
AGUSTINKO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/VF
195451 SSP PI

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

FILIAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA
CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/01/1981

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
18/12/2014

55065857216
PI314035559

DELTAN - PI (PIA-UI)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012642520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

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 motociclistico 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 / TEOT: 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: 4020-1596 / 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 Floresta, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Raimundo Pereira dos Santos, nº 200,
complemento Bairro São Boaventura 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: motocicleta Modelo: Honda POP 110 I Ano: 2019
Placa: QUE 9121 Chassi: 9C2JB0100KR105D55
Data do Acidente: 10/11/18

Local e Data: Floresta-Pi, 16.03.19

Assinatura do Declarante



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
Floresta/Pi - CEP 64800-
Fone/Fax: (88) 3522-
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de FRANCILENE VALENTIM
ROCHA

Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé. Floresta/Pi, 18/03/19

☐ Gláide Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☐ Gláudio Ferreira da Silva - Tabelião
☒ Juelie Nunes Gomes Cavalcante - Escrivão



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.788/0001-89 Ins. Estadual: 19.301.361/3
Nota Fiscal e Conto de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela Lei nº 10.638/04

Nº da Nota Fiscal: 019506986

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

| PERÍODO RES | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| MARÇO/2019 | 10/04/2019 | 182 | 166,50 |

CRISTIANE DA CONCEIÇÃO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

B-URBANO
ROT: 97.800.17.19.069400

| DADOS DA LEITURA | | DATAS DA LEITURA | |
|----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual | 12550 | Atual | 25/03/2019 |
| Anterior | 12368 | Anterior | 21/02/2019 |
| Constante de Multiplicação | 1,000 | Próxima leitura | 24/04/2019 |
| Consumo Médio | 182 | Emissão | 22/03/2019 |
| Consumo Faturado | 182 | Apresentação | 25/03/2019 |
| Forma de Faturamento | NORMAL | Dias de Consumo | 32 |
| Código de Irregularidade | | | |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| COMERCIAL | MONO | A1441592 | | 3.1.3.1 | 166 |

| HISTÓRICO KWH | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|--|-----|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo | | 182 A R\$ 0,868147 = | 158,00 |
| FEV/19 | 173 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 8,50 |
| 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 SEM TRIBUTOS: 2 A 182 = 0,020000 | | | |

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/04/2019, em função das contas regularmente pagas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavida(s) no valor de R\$ 102,39 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 8221.8D03.F898.ED2F.8EC3.0D0B.BB86.1AEC

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição | 32,77 | Base de Cálculo | 158,00 |
| Energia | 63,23 | Alíquota ICMS | 22,00% |
| Transmissão | 10,71 | Valor do ICMS | 34,76 |
| Encargos | 6,75 | Valor do PIS | 1,13 |
| Tributos | 44,48 | Valor do COFINS | 7,99 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|
| | DIC | | FIC | | DMIC | | DCRI | |
| | Receita | Transmissão | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Última | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Revisão | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |

Composto Período de atualização: 01/2019, R\$ 0,00

ROT: 97.800.17.19.069400



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

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 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 COAF**.*

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

* 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 Agostinho Pereira 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 Invalidz da Vitima 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



| | | | | | | |
|----------|----------------|-------------------------|---------------|--------|------------------------|----------------|
| Endereço | Rua Berto Leão | | Número | 262 A | Complemento | - |
| Bairro | Centro | Cidade | Florianópolis | Estado | RS | CEP |
| Email | - | Telefone comercial(DDD) | 89- 3521 2793 | | Telefone celular (DDD) | 89- 99435 1033 |

Florianópolis, 27 de maio de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante