

Conteúdo x Audiência x Upload x PJe Acesso x PJe Consu x PJe 0800 x Merg x What x Tribu x Portal x Siste x Caixa x +

Não seguro | tpi.pje.jus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=483660&ca=7c16117c6aa834d4adb699... | 33

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativo | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJe ProceComCiv 0800473-90.2020.8.18.0028
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

10758436 - CONTESTAÇÃO (2733940 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 13:02:34

13 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10758434 - CONTESTAÇÃO
 - 10758436 - CONTESTAÇÃO (2733940 CONTESTACAO 01)
 - 10758440 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (processo administrativo)
 - 10758743 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10758745 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10758750 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2733940- CS/ 2020-02545/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf Exibir todos x

PT 13:02 13/07/2020



Número: **0800473-90.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA (AUTOR)		RICARDO SILVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10758440	13/07/2020 13:02	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**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 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

**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
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

8360000000007.140700170008.000000005397.689111180055



192

DATE: 10 11 18

CONTROLE DO TEMPO	
SAÍDA DA BASE	15:46
CHEGADA AO LOCAL	15:50
CHEGADA AO HOSPITAL	16:05
SAÍDA DO HOSPITAL	16:15
RETORNO À BASE	16:22
	16:37

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coaracy de Almeida, 355 Loja C
Centro - Niterói - CEP: 24.002-470
Teresina - PI

1. NOME: JOÃO DA SILVA
 2. ENDEREÇO: RUA DO COMÉRCIO, 123 - JARDIM PAZ
 3. CIDADE: JOÃO PESSOA - ESTADO: PB
 4. DATA DE NASCIMENTO: 15/08/1980
 5. SEXO: M
 6. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: 123456789
 7. DATA DE EMISSÃO: 10/01/2019
 8. VALOR: R\$ 100,00
 9. DATA DE VENCIMENTO: 10/02/2019
 10. OBSERVAÇÕES: PARCELAS DE R\$ 10,00
 11. ASSINATURA: [Assinatura]
 12. RUBRICA: [Rubrica]
 13. VALOR TOTAL: R\$ 100,00
 14. DATA DE PAGAMENTO: 10/01/2019
 15. VALOR PAGADO: R\$ 100,00
 16. DATA DE RECEBIMENTO: 10/01/2019
 17. VALOR RECEBIDO: R\$ 100,00
 18. DATA DE LIQUIDACÃO: 10/01/2019
 19. VALOR LIQUIDADO: R\$ 100,00
 20. DATA DE ENCERRAMENTO: 10/01/2019
 21. VALOR ENCERRADO: R\$ 100,00
 22. DATA DE CANCELAMENTO: 10/01/2019
 23. VALOR CANCELADO: R\$ 100,00
 24. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 25. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 26. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 27. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 28. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 29. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 30. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 31. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 32. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 33. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 34. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 35. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 36. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 37. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 38. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 39. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 40. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 41. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 42. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 43. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 44. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 45. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 46. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 47. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 48. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 49. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 50. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 51. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 52. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 53. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 54. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 55. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 56. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 57. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 58. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 59. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 60. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 61. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 62. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 63. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 64. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 65. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 66. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 67. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 68. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 69. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 70. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 71. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 72. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 73. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 74. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 75. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 76. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 77. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 78. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 79. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 80. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 81. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 82. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 83. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 84. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 85. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 86. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 87. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 88. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 89. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 90. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 91. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 92. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 93. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 94. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 95. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 96. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 97. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 98. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 99. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 100. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 101. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 102. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 103. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 104. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 105. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 106. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 107. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 108. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 109. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 110. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 111. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 112. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 113. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 114. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 115. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 116. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 117. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 118. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 119. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 120. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 121. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 122. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 123. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 124. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 125. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 126. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 127. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 128. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 129. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 130. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 131. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 132. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 133. VALOR RESCISÓRIO: R\$ 100,00
 134. DATA DE RESCISÃO: 10/01/2019
 135. VALOR RESCISÓRIO

VALSALVAS	HORA:	HORA:
SO (SPM)	101	
SPR (SO (SPM))	20	
RESSO O ARTERIAL (mmHg)	1 mobilizado	
URAÇÃO DE O2 (%)	99	
TEMPERATURA (°C)		
TEMPERATURA CAPILAR		

DESCRIÇÃO: TCT sobre fundo de
nido, com excorciação e
suspeita protuberância no ponto
orientado, consistente.

[illegible]

TECHNOLOGY ☐ FIBER ☐ ULTRACAST ☐

15

[illegible]

RATE C: TRANSPORTE ☐

ENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NAO

SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ MINISTÉRIO

HOSPITAL DE DEFUNCIONES

Case:

~~SAMU - 192~~

Confere com o original

Florianópolis 21/12/2018

McGarday.

ADM Responsável Paulo Darc | Pedro





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUEIRA, 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:

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

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

Pat: *****

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

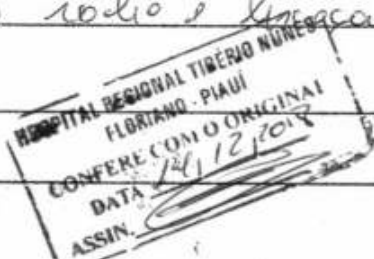
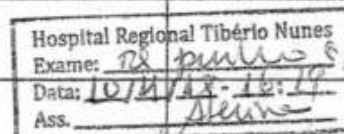
Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



Dr. Carlos da Silva Osório
Médico - 579



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 Canaã Número: 550 Complemento: -
Bairro: Imperatriz Cidade: Florianópolis Estado: PI CEP: 64.800-000
E-mail: - Tel (DDD): 81-3521 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 DO SEGURO DPVAT

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 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, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e exclusiva renúncia a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - 10º C
Geop. N.º 14.198-000-470
Tel: 011-2121-1212

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: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Carlos Eduardo Alves de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FPS.001 V001/2018





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



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

513211

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:

1 - HONDA. POP110I

Ano: Placa:

2019 OUE9121

Chassi:

9C2JB0100KR105055

Renavam:

01181797400

Cor:

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





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

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

[☒] 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 - 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 Carvalho Número: 550 Complemento: —

Bairro: Japue 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)

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 64199 6

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 DO SEGURO DPVAT

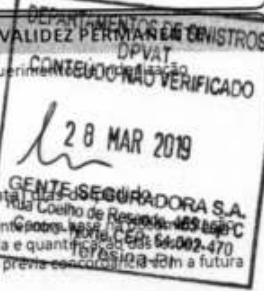
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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 preclusão da 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





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

Pag. 01483/01484 - carta_09 - INVALIDEZ

00060742



Carta nº 14338714





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, 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: 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

Pag. 00587/00588 - carta_02 - INVALIDEZ

00080284



Carta nº 14290012





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

Carta nº 14121658



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

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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, N°550, 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 N°262 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.




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
Florianópolis - CEP 84800-000
Fone/Fax: (49) 3522-1111
e-mail: cartorioleal@homemail.com.br

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança
Dou fé, Florianópolis, 18/03/19

☒ Glidete Ferreira da Silva Almeida - Tabelão
☐ Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituto
☐ Juslie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente

Selo de Fiscalização
Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Registro e
Judicial

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
ABO 94537



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238957 **Cidade:** Floriano **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 seqüela

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 FISIOTERÁPEUTICO E APÓS OS TRATAMENTOS ME ENCONTRO IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR MINHAS ATIVIDADES DIÁRIAS. FIZ O PEDIDO DA INDENIZAÇÃO, PORÉM ME PREJUDICARIAM NA PAGAMENTO DO VALOR CORRESPONDENTE ÀS SEQUELAS.

Carlos Eduardo Alves de Oliveira



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 1 - CEP: 51007-270
Porto Alegre - RS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESGATOS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIZINHA PRESTRE OU-OU SOB A CARGA APRESSO

TRANSPORTADAS OU NAO-SE OBRIGADO DPVAT

PI Nº 012974669290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.Seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1	84174242372	OPF / DATA	2018	28/02/2018	PLACA	CQE-9121
1181797400	HONDA/FOF 1101	RENALVA	2018	28/02/2018	PLACA	CQE-9121
2018	9C2JB0100XK105055	SE	2018	28/02/2018	PLACA	CQE-9121

PRÊMIO TARIFARIO

010, 99 (R\$)	008,29 (R\$)	030,38 (R\$)	047,68 (R\$)
004, 13 (R\$)	000, 18 (R\$)	047, 68 (R\$)	047, 68 (R\$)

DATA ÚNICA PAGAMENTO

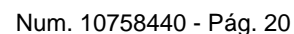
PRÉVIO DE DANOS

05/05/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHUF 09.342.605.0001-04

SET-2016



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
Fisioterapeuta
CREFITO: 187.848-F



Ubs Itoróia apoiados para Suicidas

192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANO-PI

RESOLUÇÃO APLICADA: US\$
ORA:

DATA: 10/11/18



LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Turipê de Aquino BAIRRO: Japue CIDADE: Flo
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo Alves Oliveira IDADE: 37

CONTROLE DO TEMPO
HORA DA SAÍDA: 15:46 CHEGADA AO LOCAL: 15:50 HORA DE CHEGADA: 16:02
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:05 SAÍDA DO HOSPITAL: 16:15 TEMPO DE ESTADA: 16:37

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:
ACIDENTE DE TRANSITO/VEICULO: CHOQUE ELÉTRICO ACIDENTE COM ANIMAL
AGRESSÃO FÍSICA: MALSUSCITO FOCOMENTO
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: URGÊNCIA OBSTÉTRICA INTOXICAÇÃO ACIDENTE
SUICIDAMENTO: SUICIDAMENTO MORTALIDADE
OUTRO: OUTRO

AVALIAÇÃO GERAL
ESTADO DE CONSCIÊNCIA: X ALERTA X INCONSCIENTE X COMATOSE X MORTE
PULSO CAROTÍDEO: X PRESENTE X AUSENTE X IRREGULAR X FRAQUEZA
RESPIRAÇÃO: X PRESENTE X AUSENTE X IRREGULAR X FRAQUEZA
TEMPERATURA: X NORMAL X ELEVADA X BAIXA
PRESSÃO ARTERIAL: X PRESENTE X AUSENTE X IRREGULAR X FRAQUEZA
SINAIS VITAIS: X PRESENTE X AUSENTE X IRREGULAR X FRAQUEZA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 355 Loja C
Centro - Fone: (067) 64.002-470
Teresina-PI

SINAIS VITAIS
PULSO (BPM): 101
RESPIRAÇÃO (BPM): 20
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): 110/70/40
SATURAÇÃO DE O2 (%): 99
TEMPERATURA (°C):
PRESSÃO CAPILAR:

DIAGNÓSTICO: Pct sobre queda de moto com escoriações e suspeita fratura no punho orientado, consciente

EXAME FÍSICO
CÉFALO: NORMOCEFALIA, CRÂNIO FLEXÍVEL, FONTANTELA ANTERIORES FECHADAS, FONTANTELA POSTERIORES FECHADAS
OLHOS: ABERTOS, PUPILAS ISÓCORAS, REFRATILIDADE NORMAL, FUNDOS DE OLHO NORMAIS
ORELHAS: PRESENTE, TROMBOSIS AUSENTE
BOCA: ABERTURA NORMAL, LÍNGUA NORMAL, GENGIVAS NORMAIS
CORDEIRÃO: PRESENTE, VERMELHO, ELÁSTICO
TÓRAX: NORMOFORME, SÍNDROME DE TÁRZIO AUSENTE, SÍNDROME DE WIGANDER AUSENTE
ABDOMEN: NORMOFORME, SÍNDROME DE KERNIC AUSENTE, SÍNDROME DE MURPHY AUSENTE
Membros Superiores: NORMOFORMES, SÍNDROME DE TROUSSEAU AUSENTE, SÍNDROME DE MURPHY AUSENTE
Membros Inferiores: NORMOFORMES, SÍNDROME DE TROUSSEAU AUSENTE, SÍNDROME DE MURPHY AUSENTE

VEÍCULO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
VEICULO: ☐ MOTO ☐ CARRO ☐ OUTRO
TIPO: ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ OUTRO
TEMPO DE SOCORRO: ☐ ANTES DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO
MODO DE TRANSPORTE: ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ OUTRO
PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ UPA ☐ OUTRO

CIDADE: SAMU - 192

CONFERE COM O ORIGINAL
Florianópolis 21/12/2018

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564
Número do documento: 20071313023320400000010203564

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564
Número do documento: 20071313023320400000010203564



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
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 -

Cor: PARDA

Telefone: ()

Bairro: BOM LUGAR

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pal: *****

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648000

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

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

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

Ass. Técnico

Hospital Regional Tiberio Nunes
Exame: *RA*
Data: 10/11/18 - 16:17
Ass. *Silva*

ORTOPEDIA

Acidente vítima de queda de bicicleta
com fratura radio e ulna e lesões
distais.

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

[Assinatura]
Medico - 579

**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

Registro: 32667

Data: 10/11/2018

Hora: 16:06:00

Funcionario: LIA

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

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

Pai: *****

Clínica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Responsável: 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

ERVAÇÃO**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

CONDUTA

AO ORTOPEDISTA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO
Data: 13/07/2020 13:02:34





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
698050051586479
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
27/05/1981

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

*Paciente em fr do rodio e lumbos
rodio ulna distal*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Unidade de TTO Lumbico

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

Ausente + Erase furo + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
5523
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSO ANTONIO MENEZES COIMBRA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/11/2018

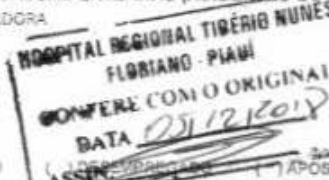
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080 do 431

32 - ASS. E CARIÓTIPO (Nº DO CNM)
Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 31181111-1

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - CNPJ DA EMPRESA
35 - CNPJ DA EMPRESA



37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
3220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

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

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



SUS Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
32867

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/05/1961

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 joelho direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
Fratura de 1º e 2º metacarpo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Radiografia de mão direita

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID PRINCIPAL
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
ORTOPEDIA URGÊNCIA

26 - CLÍNICA
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
11/11/2018

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
01000001

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

38 - SÉRIE

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
07.07.2018

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
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	SIS Prenatal:	
CPF:	RG: 1991205/pi	C/N:	
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

Obito

Transferido

História Clínica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 485 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

[illegible]

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



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUEIRA - FLORIANO / PI - CEP: 64.800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRURGICO

1067530 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

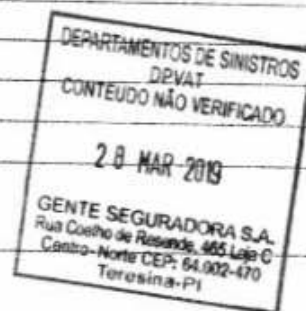
Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do antebraço (E)

Cirurgia: Osteossintese do rádio (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Redução em OR sob fluoroscopia no USG + redução
2. Alinhamento + anti-rotacional + estabilização de caps. rádio
3. Fixação dorsal no antebraço (E) + chavetas no plano + redução da fratura
4. Colocação do fixador de rádio + colocação de placa de rádio + 10 parafusos com 26 parafusos
5. Lavagem e irrigação
6. Tensão
7. Curativo



Cirurgião: Dr. Alexandre Cunha

1º Auxiliar: Dr. Paulo Junior

2º Auxiliar: Paulo

Anestesiologista: Dr. Paulo

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____





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

1067580 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do antebraço (E)

Cirurgia: Osteomíntex do úmero (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Punção em um só bloco no U.S.6 + medula
2. Aspirar + anti-germe + antibiótico de caps. anti
3. Fissura dorsal no antebraço (E) + clarear os
4. planos + medula do úmero
5. Enxerto do úmero do rádio + colocação
6. de placa de P. 2.5m x 1.0 cm com 06
7. parafusos
8. Sutura d. 4/0
9. Sutura
10. Curativo



Cirurgião: Dr. Alexandre Cunha

1º Auxiliar: Dr. Paulo Junior

2º Auxiliar: Handeul

Anestesista: Dr. Danilo

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		ENF. OU APT.		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
DATA/HORA	CODIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
10/11/8		<p>DEPARTAMENTOS DE SAÚDE DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICA 28 MAR 2019 GENTE SEGURADORAS Rua Coelho de Azevedo, 465 Lado C Centro - Norte CEP: 64.002-000 Teressina - PI</p>					
		<p>1) Dista Gaud 2) Dista Gaud e galhura 3) Dista Gaud e galhura 4) Dista Gaud e galhura 5) Dista Gaud e galhura 6) Dista Gaud e galhura 7) Dista Gaud e galhura</p>		<p>18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50</p>		<p>18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50</p>	
		<p>1) Dista Gaud 2) Dista Gaud e galhura 3) Dista Gaud e galhura 4) Dista Gaud e galhura 5) Dista Gaud e galhura 6) Dista Gaud e galhura 7) Dista Gaud e galhura</p>		<p>18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50</p>		<p>18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50</p>	



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

NOME <u>Edson Eduardo Alves de Sousa</u>		ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA <u>12/11/18</u>	# <u>17 do mês e</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		
01. DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES		
02. JELCO HIDROLISADO		Doença verificada PA: 300/		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		em tratamento. Est. de ind. Odivio		
04. GEFATOSINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS		Pomares		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		Carla Soares Amorim		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		ENFERMEIRA		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)		COENHA, SIA 297		
08. CEFEXANE 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. SSV + CCGG				

Celso Antônio Martins Coutinho
Coordenador de Transf. e Transp. de Sangue
CNPJ nº 018.150.135

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





HOSPITAL REGIONAL TIBERÍ 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

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

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

4,41 milhões/mm³

4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

13,7 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

41,4 %

40 a 52 %

VCM

93,88 u³

80 a 100 U³

HCM

31,07 pg

26 a 34 pg

ICM

33,09 %

31 a 36 %

OBSERVAÇÕES



LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

9.290 mm³

4.500 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

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564>

Número do documento: 20071313023320400000010203564



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

Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Convênio: SUS

Leito: EX38 Enfermaria: E01

Sexo: MASCULINO

Idade: 37 ANOS, 8 MESES, 15 DIAS

Impressão: 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

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564>

Número do documento: 20071313023320400000010203564

Num. 10758440 - Pág. 34

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
<p>DATA / HORA</p> <p>CÓDIGO</p>		<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>	<p>QUANT.</p>	<p>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</p> <p>HORÁRIOS</p> <p>OBSERVAÇÕES</p>			
<p>1 - biquia Geral</p> <p>2 - Jato 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 - Ranitidina 50mg - 01 amp + AD, EV, 8/8h</p> <p>6 - Plasil - 01 amp + AD, EV, S.O.S</p> <p>7 - SSV e CCG</p>		<p>Dr. Rui José Barbosa Teixeira</p> <p>Otorrinolaringologista</p> <p>CRM: 29291-0/PR-MB-5347</p>	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</p> <p>DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>28 MAR 2019</p> <p>GENTE SEGURODORA S.A.</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p> <p>Centro - Norte CEP: 64.002-470</p> <p>Teresina-PI</p>	<p>1.00V</p> <p>2.40V</p> <p>1.00V</p> <p>2.40V</p> <p>1.00V</p> <p>2.40V</p> <p>1.00V</p> <p>2.40V</p>			<p>32 19h5 Verificado</p> <p>RA 120X80cm</p>



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

NOME <u>Eden Eduardo L. de Oliveira</u>		ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>13/11/18</u> # <u>57 da evolução</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18h 06			
04. CETACOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18h 06			
05. DIFPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18h 06			
06. TILANTIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18h 06			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CETEXANE 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					



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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 COMPANHIA SÉGURO S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME	<u>Carlaos Escudelo</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA	<u>14/01/18</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. ETEXANE 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						

D. Carmo P. Silva
 Diretora de Enfermagem
 CRP: 25712 - ROR-PI



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



NOME	Cesário Sabelelo		
DATA	15/11/19		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO
01. DIETALIVRE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
02. JELCO HIDROLISADO	HORÁRIO MEDICAÇÃO		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	OBSERVAÇÕES		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			
06. TETALIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)			
08. GLEKXANT 40MG - 01 AMP-9G-1XELA			
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. Conquenda P Filho
Otorrinolaringologista
CRM-25724/2017-13-18

ola A
58/43

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
20 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Fossende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 66.002-470
Teresina-PI



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

NOME <u>Carlos Eduardo</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>12/11/18</u>		HORARIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE		OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO		18			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		06			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		12			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18			
06. JILAFIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		04			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)		06			
08. GLEAXANE 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					

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



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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
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 Brando	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
DATA	19/03/19	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETALIVRE				Em 19.03.19, por no 09.03H	
02. JELCO HIDROLISADO				Atende todos os pontos (Dieta de Rótulo E). Siga	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				BCE, TC, Power, e de	
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS				hidratação com soro e água	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				de 12/12 horas de 12/12 horas	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				de 12/12 horas de 12/12 horas	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				de 12/12 horas de 12/12 horas	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 9C 1X DIA				de 12/12 horas de 12/12 horas	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				de 12/12 horas de 12/12 horas	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				de 12/12 horas de 12/12 horas	
11. CURATIVO				de 12/12 horas de 12/12 horas	
12. SSV + CCGG				de 12/12 horas de 12/12 horas	

Dr. Consequência 2, 19/03/19
Ortopedia / Flávio Roberto
CRM 2570 / 1901-15-5

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
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

Johnson Company 250 142nd

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 Lote C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME	Calvin Cleandro	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	22/11/19	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
01. DIETALIVRE		OBSERVAÇÕES			
02. JELCO HIDROLISADO		Paciente chegou a seguir em			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		Bate a seguir, vindo a ser			
04. GEFATOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		guia. Eder (Pouco)			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		Em 22.11.19) por no 22.03.14			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		devido a dor de cabeça e			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		segue REC comunita, com			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 3G 1X/DIA		tudo, desorientado sem consciência			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		lig. (lige depois) noentes de			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		vinda. Autotato deito e			
11. CURATIVO		acido. Pluricoa prodiga			
12. SSV + CCGG		ca. 2px			
Dr. Consequência P. Filho Otoposto Tominato CRM: 2572 REG 1348		Ass: 22.03.19 Versa da da 165X89 mm mm. Fica Alejo 17			

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	Paulo Eduardo			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
DATA	23/11/18	HORÁRIO MEDICAÇÃO					
01. DIETA LARE 2225							OBSERVAÇÕES
02. JELCO HIDROLISADO							De 12:00h até 12:00h de PA
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							140x80mmh no 1º andar
04. CEFALOSFINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							15x12-00h 1º andar com
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							130x114 1º andar 1º andar
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							130x114 1º andar 1º andar
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)							130x114 1º andar 1º andar
08. CEFEXANE 400MG - 01 AMP 9G-1X/DIA							130x114 1º andar 1º andar
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							130x114 1º andar 1º andar
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							130x114 1º andar 1º andar
11. CURATIVO							130x114 1º andar 1º andar
12. SSV + CCGG							130x114 1º andar 1º andar



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

DEPARTAMENTOS DE SINIST
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICAR

28 MAR 2019

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

NOME	<i>Carb Eduardo</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA	<i>26/11/18</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LERRE	<i>2eu, (bando 3/19/20)</i>				
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFOTICIMATO 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 = 1/1					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CHLORANIL 400MG - 01 AMP 3C 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					
13. <i>Clonidine 4g/0,2g IV 6/6g</i>					
<p><i>Dr. Nivaldo Moura</i> <small>CRM: 20222/2018 - R. 122</small> <small>ORTOPÉDIA - TUBA 1020004</small></p>					



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

D. Assoc. 27.03.81

37 anos

Flórida - PI

Nome do Paciente: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Reg. Same 32.667

Cirurgia: Osteotomia de antebraço esquerdo

Sala: 03

Cirurgião: D. Alexandre

Auxiliar: D. Francisco Junior

Instrumentador: Lindoval

Circulante: Naiana e Quirino

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 parson		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	GEFALOTINA 1g	Cephalina 1g	02 parson		
12	CLORAFENICOL		01 amp.		
13	DECADRON		02 amp.		
14	DOLASSAL	Dipirona 1g			
15	DORMONID				
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	Orbitrona	01 amp.		
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO	500ml	03 parson		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN	lidocima 1% 20ml	02 parson		
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
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
FLOREANO PIAUÍ
CONFERE / COM O ORIGINAL
DATA 25/12/2018
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	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
F. do Respiratório						
S. da Circulatório <u>Est. hemod</u>				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo			Sistema Urinário			
Estado Mental <u>G = 15</u>			Corticóides		Atarácicos	Outros
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Ext. de antebraço</u>				Risco		
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:	
Agentes Anestésicos	Oxigênio					
JIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					
Temperatura T°	C 260					
P. Arterial	38 220					
V A Pulso	36 180					
Início e Fim Anestesia X	34 160					
Início e Fim Operação	32 140					
Respiração	30 120					
SÍMBOLO						
Técnica: <u>Blq. supraclavicular</u> <u>Alabandri</u>						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro-Norte CEP: 64302-470
Teresina-Pi

TOTAL DE DOSES

Ureolacina 27-28
Amoxiclav 1000-625
AD: 10L

SEQUÊNCIA

Cefazolin 2g
Diploina 2g
Decadron 1g
Anticoag 1g
RFE

DURAÇÃO

Indentes - Acidentes

Dr. Carlos Eduardo Gomes de Oliveira
ANESTESIA DOSSIS
2018-11-24

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





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Sala C
Centro - Norte CEP: 64.012-970
Teresina - PI

**Hospital Regional
Tibério Nunes**

Nome do Cliente: Carlos Eduardo Alves de Oliveira Data de nascimento: 27/05/1971

Prontuário: 32661 Enfileite: 18/42 Data do Procedimento: 24/01/18

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: () Sim () Não Horário SSV: 12:00 T: 36.4°C FC: 78 bpm FR: 23 lpm PA: 120x70 mm

Glicemia Capilar: _____ mg/dl Acesso Venoso: (x) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) 8x20 MSCE S: 18 - 23/01/18

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

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

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

Higienizado: (x) Sim () Não Tricotomia: () Sim (x) Não Camisola, gorro e pro-pés: (x) Sim () Não

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

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

Prontuário completo com ficha de internação (x) 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, 465 - Sala 1001
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24090-000

<p>Nome: <u>Carlos Eduardo Silva de Oliveira</u></p> <p>Cirurgião: <u>Dr. Alexandre</u></p> <p>Instituidor: <u>Unidoral</u></p> <p>Auxiliar: <u>Dr. Francisco Sirov</u></p> <p>Enfermeiro: <u>Unidoral</u></p> <p>Circular: <u>Cláudia e Nayara</u></p>		<p>Procedimento: <u>Exatidão de foleto de Exatidão</u></p>			
<p>IDENTIFICAÇÃO DE FORMA VERBAL JUNTO AO PACIENTE - (X) Sim () Não</p> <p>Verificação do equipamento de anestesia e modificação, pelo anestesista: (X) Sim () Não</p> <p>P.A. 144 x 92</p> <p>SPO2: 99%</p> <p>P: 65 bpm</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração: (X) Não () Sim</p> <p>Material de vias aéreas disponíveis e funcionantes? (X) Sim () Não</p> <p>Risco de perda sanguínea > 500ml () Sim (X) Não</p> <p>Reserva sanguínea? () Sim (X) Não</p> <p>Acesso venoso adequado e pervio? (X) Sim () Não () AVC () AVP</p> <p>Consentimento anestésico e cirúrgico (X) Sim () Não</p>		<p>APRESENTAÇÃO ORAL, NOME E FUNÇÃO DE TODOS OS PROFISSIONAIS: (X) Sim () Não</p> <p>Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente: Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado (X) Sim () Não</p> <p>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia?</p> <p>Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? () Sim (X) Não</p> <p>Preparo da pele? (X) Sim () Não</p> <p>Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? (X) Sim () Não</p> <p>Equipamentos e instrumentais revisados? (X) Sim () Não</p> <p>Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? () Sim (X) Não</p> <p>Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) () Sim () Não</p> <p>Número de compressas antes do procedimento: 05 Unid</p> <p>P.A. 156 x 91 mmHg SPO2: 99% P: 33 bpm</p>		<p>ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA</p> <p>Confirmar nome do procedimento realizado: <u>Exatidão de foleto de Exatidão</u></p> <p>Número de compressas antes da primeira sutura: 05 Unid</p> <p>Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? (X) Sim () Não</p> <p>Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? () Sim () Não (X) Não se aplica</p> <p>Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim (X) Não</p> <p>P.A. 164 x 106 mmHg SPO2: 99% P: 74 bpm</p> <p>Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</p>	

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN





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

End.: JOSINA CARVALHO, 550 -

Cor: PARDA Telefone: () -

Profissão: MARCENEIRO

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

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.

- () Agulha 13x4
- () Agulha 25x7
- () Agulha 30x8
- () Catéter p/ O²
- () Eletrodo
- () Equipo macrogotas
- () Equipo microgotas
- () Equipo p/ bomba de infusão
- () Equipo p/ hemotransusão
- () Esparradrapo 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
- () Sufa de azina de prata

Qtd.

- () 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 curativos

Belmika



TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

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

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

curativo no MSE

MEDICAÇÃO ATUAL:

nenhuma

ALERGIAS:

nenhuma

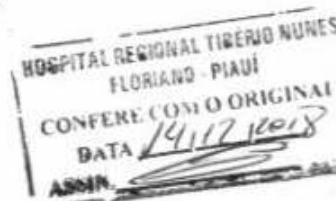
SINAIS E SINTOMAS:

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:

Solu de curativo

DATA: 28/11/18 HORÁRIO: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: ADN Soares Coutinho





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
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

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

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

Material hospitalar

Qtd.

- () Agulha 13x4
- () Agulha 25x7
- () Agulha 30x8
- () Catéter 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
- () Lvas de procedimento
- () Multivia
- () Pacote de gazes
- () Atadura
- () Eter
- () Povidine tópico
- () Povidine degermante
- () Clorexidina
- () Alcool
- () Sufa de azina de prata

Qtd.

- () 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
- () Sonta de fowley nº 12
- () Sonta de fowley nº 14
- () Sonta de fowley nº 16
- () Sonta 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
- () Lidocaína em gel
- () Agua oxigenada
- () SGF
- () SF
- () SG
- () SRL
- () Agua destilada



Outros:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564>

Número do documento: 20071313023320400000010203564



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

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 2 DIAS Profissão: MARCEIRO CPF: 009.153.643-01 - RG: 1991205/PI - SUS:
Ind.: JOSINA CARVALHO, 550 - Bairro: IRAPUA II Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
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.

- () Agulha 13x4
- () Agulha 25x7
- () Agulha 30x8
- () Catéter p/ O²
- () Eletrodo
- () Equipo macrogotas
- () Equipo microgotas
- () Equipo p/ bomba de infusão
- () Equipo p/ hemotransusão
- () Esparradrapo 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
- () Suça de azina de prata

Qtd.

- () 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: 3 curativos

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



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

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

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0479513

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



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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012642520

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 ☒ AD ☐ 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
PT314035559

SAN MARTIN COQUEIRO LINHARES
DIRETOR GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUÍ)

PROIBIDO 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564>

Número do documento: 20071313023320400000010203564



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 / TEOT: 14175

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Felix Pacheco, 1054, Bairro Mangueira, CEP 64200-180, Floriano - PI
(89) 3521-2849 / 9.9976-3000 FAX 9.9443-0660 CME8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 13:02:34

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071313023320400000010203564>

Número do documento: 20071313023320400000010203564

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 Silvânia, no Estado de Piauí
onde residu na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Raimundo Pereira dos Santos, nº 200
complemento Bairro São Borge 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: DUE 9121 Chassi: 9C2JB0100KR105D55
Data do Acidente: 10/11/18

Local e Data: Silvânia-Pi, 16.03.19

Francilene Valentim Rocha

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
Florianópolis - 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. Florianópolis, 18/03/19

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião
☐ Gildete Ferreira da Silva - Tabelião
☐ Justine Nunes Gomes Cavalcante - Escrivão

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Número do Documento
Data de Emissão
Assinatura do Tabelião
Assinatura do Escrivão

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
080 94568



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.788/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.361-5)
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - TSEL 0-1-1
Regime especial de impostos autorizado pela SBAJ/06-98

Nº da Nota Fiscal: 019506986

A Tarifa Serviço de Energia Elétrica - TSEL foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

PERÍODO RES MARÇO/2019		VENCIMENTO 10/04/2019	CONSUMO (kWh) 182	TOTAL A PAGAR (R\$) 166,50
CRISTIANE DA CONCEIÇÃO LOPES LINHARES R. BENTO LIAO 262 A - CENTRO CPF: 00005252661782 CEP: 64.800-000 - FLORIANO				
			B-URBANO	ROT: 97.800.17.19.069400
DADOS DA LEITURA		kWh	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 Medido	182		Emissão	22/03/2019
Consumo Faturado	182	FCAM	Apresentação	25/03/2019
Forma de Faturamento	NORMAL		Código de Integridade	Dias de Consumo: 32
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classo/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		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 DE ENERGIA ELÉTRICA 0 A 182 - 0,920000				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/04/2019, em função das contas resgatadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e a(s) resgatada(s) no valor de R\$ 102,29 (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.BBB6.1AEC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	32,77	Base de Cálculo	158,00
Energia	63,29	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	10,71	Valor do ICMS	34,76
Encargos	6,75	Valor do PIS	1,73
Tributos	44,48	Valor do COFINS	7,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	
	Mensal	Semanal	Anual	Mensal	Semanal	Anual	Mensal	Mensal
Linha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00			0,00			0,00	
Consumo							01/2019	R\$ 0,00

ROT: 97.800.17.19.069400



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



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/BIBLIOTECASWEB/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**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Xavier 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	<u>Rua Bento Soares</u>		Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Gloriano</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	—		Telefone comercial(DDD)	<u>89-3521 2793</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>89-99435 1033</u>		

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

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

