



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

392 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000843/2019-92

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/03/2019 - 13:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

13/01/2018 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

FÁTIMA

Endereço

RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3494806

Mãe: IRACENA COSTA DO VALE ARAUJO

Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, Nº 1072

Bairro: CENTRO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9539-7439

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 START, ANO 2016, PLACA PIS-9162, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR ACIMA QUALIFICADO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

LUCAS DO VALE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/19

AVERBAÇÃO AO B.O.0843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A VITIMA É ISMAEL DA SILVA RIBEIRO, CPF 057.958.353-82, RG 3.420.289, FILHO DE MARIA SEBASTIANA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA QUINTINO BOCAIUVA 1072, CELULAR (86) 9 9539-7439., FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

TERESINA, 12 MARÇO DE 2019



1 Ismael da Silva Ribeiro

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE

Almiralice R. Lebre Carlos
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

AVERBAÇÃO AO B.O: 843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: 13/12/2018.

TERESINA, 26 DE MARÇO DE 2019



x Ismael da Silva Ribeiro
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO
AVERBANTE

Francileude Lima
FRANCILEUDE LIMA
APC

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000843/2019-92

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/03/2019 - 13:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

13/01/2018 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

FÁTIMA

Endereço

RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3494806

Mãe: IRACENA COSTA DO VALE ARAUJO

Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, Nº 1072

Bairro: CENTRO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9539-7439

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 START, ANO 2016, PLACA PIS-9162, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR ACIMA QUALIFICADO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-8

LUCAS DO VALE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/19

AVERBAÇÃO AO B.O.0843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA INFORMAR QUE A VITIMA É ISMAEL DA SILVA RIBEIRO, CPF 057.958.353-82, RG 3.420.289, FILHO DE MARIA SEBASTIANA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA QUINTINO BOCAIUVA 1072, CELULAR (86) 9 9539-7439., FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 455142. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

TERESINA, 12 MARÇO DE 2019



1 Ismael da Silva Ribeiro

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE

Almirallice R. Lebre Carlos

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009751-6

AVERBAÇÃO AO B.O: 843/2019-92

AVERBA-SE A ESTE B.O. QUE A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: 13/12/2018.

TERESINA, 26 DE MARÇO DE 2019

x Ismael da Silva Ribeiro

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE

Francileude Lima

FRANCILEUDE LIMA

APC

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 04/10/19

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: 057.95835382 Nome completo da vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

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

Nome completo: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO CPF: 057.95835382

Profissão: COZINHEIRO Endereço: RUA DOUTOR BOCAIUNHA Número: 1072 Complemento: _____

Bairro: NOSSA SRA DAS GRAÇAS Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99539-7439

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

RENTA 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: 3829 CONTA: 3294 5

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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, TERESINA 19/03/2019

Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

CPF: 057.95835382

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190258850

Vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003829

Conta: 000003294-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190258850

Vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190258850

Vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03829

CONTA: 000000003294-5

Nr. da Autenticação 7D74F1AEC36E13E9


COORDENADOR DE SEGUROS
Emissão em: 04/04/19



ISRAEL DA SILVA RIBEIRO

FisioWand

LAUDO CINESIOTERAPIA FUNCIONAL PARA DPVAT

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 13/12/2018 COM FATURAS NA DIAFISE DA TIBIA E FIBULA NO SEGMENTO INFERIOR DIREITO, O MESMO REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR NAS LESÕES, ASSOCIADO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO COM O OBJETIVO DE RECUPERAR A FUNCIONALIDADE DOS SEGMENTOS AFETADOS DEVIDO AS FATURAS MOSTRADAS EM EXAMES.

O MESMO APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELAS DE 80% DOS SEGMENTOS FATURADOS, ASSOCIADO COM QUADRO ALGICO.

CID 10 - S82.2 S82.6


Wand Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 161067-F

FisioWand - Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.
Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002
Promorar, Teresina - Piauí

PACIENTE: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

MÉDICO SOLICITANTE: ALVARO FRANCISCO CORREA LIMA CAMARA

IDADE: 28A 4M 10D

SEXO: M

PEDIDO: 526573

CÓD. PAC.: 588534

DATA: 09/01/2019



Ultra-X

Credibilidade em diagnósticos médicos

RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO:

Radiografia de controle evolutivo pós-operatório evidenciou:

- Fratura completa cominutiva da região médio-diafisária da tibia fixada por placa e parafusos metálicos.
- Fratura completa transversa da região diafisária médio/distal da fíbula, com alinhamento satisfatório de seus fragmentos.
- Demais estruturas ósseas regionais anatômicas.
- Superfícies e espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

DR ANTONIO LOBAO VERAS FILHO

RADIOLOGISTA

CRM: 2697

DA CORRETORA DE SEGUROS
Pedido nº: 09/09/19

Emitido em: 9/1/2019 às 14:26 - Pedido: 526573 - Paciente: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Dra. Alexandru S. Mello
CRM-4837

Dra. Ana K. C. Carvalho
CRM-3071

Dra. Ana L. L. Mendes
CRM-5172

Dra. Ana K. C. Carvalho
CRM-3071

Dra. Ana L. L. Mendes
CRM-5172

Dra. Ana K. C. Carvalho
CRM-3071

Dra. Ana L. L. Mendes
CRM-5172

Dra. Ana K. C. Carvalho
CRM-3071

Dra. Ana L. L. Mendes
CRM-5172

Dra. Ana K. C. Carvalho
CRM-3071

• ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

• ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey

• ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

Página 1 de 1

Dra. Rosana Araújo
CRM-4840

Dra. Rosana Araújo
CRM-4840

Dra. Rosana Araújo
CRM-4840

86 3194.5555

clinaultrax.com

outspider

BOLETIM DE ENTRADA (BE) N460 14:20
DADOS DO PACIENTE: 13/12/18

Imp: 13/12/2018 09:17:14

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RECEPCAO2)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO		Prontuário: 455142	
Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA		Pai: NAO INFORMADO	
End.Resid.: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 31/08/1990	Idade: 28a3m13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99539-7439
Responsável: RENATA-ESPOSA		CNS: 898004515240864	
Profissão: COZINHEIRO		Documento: RG: 3420289 - SSPPI	
Instrução: Médio Completo		E.Civil: Comcubinato	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 697950	Entrada: 13/12/2018 09:15:32	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura -Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u> Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>  Patrícia Virina Sales Leão Matrícula: 021199 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL		

SSVV: (Hora: ____:____)					
Peso: ____ Kg	Altura: ____ M	IMC: ____ Kg/m2	Pulso: ____ bmp	Pressão: ____ mmHg	

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

paciente vítima de acidente de moto/ciclito, sem capacete. Ao exame: (A) vigo aéreas perfuradas, sem color. (B) H V+ b. lateralmente. (C) FC=80 bpm, abdome flácido, indolor a palpação, KHA+, D @ 15, pup. los reativos, fotorregentes. (E) losas em joelho D, fratura em tibia D.

Diagnóstico Inicial:	
----------------------	--

Exames Complementares:

Rx de Jaellie (D)
Rx de Person (P)

Prescrição Médica:

Tramadol 100 mg — 0,1 amp + 100 ml SF 0,9% Efloran

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / . HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

4080528000



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Shane



NOME DO PACIENTE

Ismael de Brito Ribeiro

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENE. ou APT.

LEITO

P-2

105

25

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

12/13/12
Da manhã
Da tarde

22h. P.A = 115 x 77 mmHg
P = 77 bpm

14-12

07:30 - até 15. eipreco

Visto Nutricionista
Adriana Korta C. M. P. 10.10.12

1 - Dieta normal

Visto Nutricionista

2 - S.F. 0,5% 500ml EV B12 12/12/12

3 - F. Ipirona 01 amp + ADEEV 5/5ch

4 - Terapêutica 21 mg + ADEEV 12/12/12

5 - Fenitidina 50 mg + ADEEV 7/7ch

6 - F. esil. 01 comp + ADEEV 8/8ch

7 - CCGG + S.C.V.

Receita
Médico
Salme - HUP
CONFERE COM O ORIGINAL

De Almeida
Ortodontista
CRM-PJ: 3824

MÉDICO/CRM:



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP		LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO		455142		31/08/1990	28	Ortopédica	231	228		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
DI: 13/12/2018	FRAT. TIBIA D									
16/12/18										
1	Dieta oral livre									
2	Zelco salinizado									
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs									
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN									
5	Ketoflin 1g 1amp + AD EV 6/6h									
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs									
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N									
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA									
9	Curativos diários									
10	Cuidados gerais e sinais vitais									
CONFERE COM O ORIGINAL Política Vitral Saúde Ltda SALES - HUT Município: 02739999										
Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Avago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho										
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia										
CRM3415-TEOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM1367										

RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME
OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.027.587
SÉRIE: 1

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída
Nº 000.027.587
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

2218 1211 6641 1800 0130 5500 1000 0275 8710 0000 0013

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322180021938076 - 2018-12-21T15:45:28-03

CNPJ

11.664.118/0001-30

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

ENDEREÇO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

MUNICÍPIO

Teresina

BAIRRO/DISTRITO

Porenquanto

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

21/12/2018

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

21/12/2018

HORA DE SAÍDA

15:46:26

FATURA/DUPLICATA

Data Venc. Valor
20/01/2019 235,88

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				235,88

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R:MAGALHAES FILHO,175	TERESINA	PI	ISENTO		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL.ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.AP. TRIB.
002952	0702030902 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 mm ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40104500247 Qtd.: 1 Lote: 00749/18) (Ref: 40104500247 Qtd.: 1 Lote: 00749/18) (Ref: 40104500263 Qtd.: 4 Lote: 05992/17) (Ref: 40104500301 Qtd.: 1 Lote: 01111/18) (Ref: 40104500301 Qtd.: 1 Lote: 05987/18) (Ref: 40203000129 Qtd.: 1 Lote: 00155/18)	90211020	040	5102	UN	1,0000	235,8800	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 011499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
(PCT: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO) PRONT 455142 (CONV: SUS) (DR: FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA: 14/12/2018) (HOSP: HUT)

RESERVADO AO FISCO



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

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

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

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

Autorização Anvisa UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Nº 4869

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

CX-61

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Ismael da Silva Ribeiro

Nº AIH 228848

Nº PRONTUÁRIO 455142

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Fernando

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

14, 12, 2018

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Serie, etc.)

01

Placa DCP Estreita 4.5mm

08

Parafusos corticais

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

Patricia Viana Sales Leão
Inscrição: 037-09
SUSE - NUT
CONFERE COM ORIGINAL

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 14, 12, 2018

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 113467 - TEOT 11913

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

EM _____

Ducarmo

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

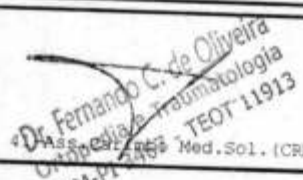
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228848

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO	6 - Prontuário: 455142		
7-CNS: 898004515240864	8-Nascimento: 31/08/1990	9-Sexo: Masculino	RG: 3420289- SSPPI-Exp:
11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA	12-Fone: 86-99539-7439		
13-Resp: RENATA-ESPOSA	14-Fone: 86-99539-7439		
15-End: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Assessoria de Traumatologia CRM-PI 455142 TEOT 11913 Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 14/12/2018	40-No.Doc. Med. Sol.: 835.447.043-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura diaf de tibia

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)


Patrícia Viana Sales Leão
Matriculada: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

(KARLA BATISTA)



NOME DO PACIENTE					
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO				PRONTUÁRIO	
				455142	
DATA/HORA				DATA NASC	IDADE
CÓDIGO				31/08/1990	28
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DI : 13/12/2018		FRAT. TIBIA D			
15/12/18					
1 Dieta oral livre					
2 Jeico salinizado					
3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
4 Tramadol 100mg _ 01amp + Sf 0,9% 100ml EV 8/8hs SN //					
5 Ketiln 1g lamp + AD EV 6/6h //					
6 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					
7 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N //					
8 clexane 40mg 1amp SC 1X DIA //					
9 Curativos diários					
10 Cuidados gerais e sinais vitais					
CONFIRMAÇÃO DE RECEITA Mantida - FOLHA Nº 07499 CONFERE COMO ORIGINAL					
Dr. Gerônimo Cronenberger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho					
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia					
CRM3415-TEOJ10029 / CRM3308 / CRM3766-TEOJ11305 / CRM3367					



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSP. IL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Ismael da S. M. B. F. R. 455147

PRONTUÁRIO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

14/12/18

201

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS

4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h

5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h

6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h

7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN

8 CUIDADOS GERAIS

Secada 14/12/18 para Dr. B.

Dr. Fernando
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3467 TEOT 11913

0

Portaria nº 10.000/2018
Município de Teresina
CONECTE COM O ORIGINAL

20h Adquirido por -
verdade do ce em PDF
por estrutura de Tibur D
Acabado o tratamento
nao chegou a 100%
nao e com o tratamento
Epilepsia da Silva
CRM-PI 24034

Dr. 18x63mm H

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Somuel da Silva Ribeiro</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>14/12/2018</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>17 hs 36 min</u>		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	CIRURGIÃO <u>Somando</u>
CIRURGIA REALIZADA _____			
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>103/54(69)</u>	<u>104/57(70)</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>80</u>	<u>91</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>94</u>	<u>95</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>-</u>	<u>-</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>	<u>-</u>	
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Paula</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE SCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Não responde	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR SAÍDA					

TOTAL	<u>09</u>
ASS.	<u>Maria Jardenma de Oliveira</u> COREN-PI 484.168

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de fratura de tíbia; segue calmo, consciente.

Dr. Som

Patrícia Vieira Sales Leão
Matrícula: 033.449
SAÚDE - MAT
CONFERE COMO ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO
DATA 14/12/2018
Técnico: [Assinatura]

Maria Jardenma de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI 484.168

Dr. Laurindo Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM 171.970/000.903-00

RESCRIÇÃO MÉDICA

NCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228848

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO	6 - Prontuário: 455142		
7-CNS: 898004515240864	8-Nascimento: 31/08/1990	9-Sexo: Masculino	RG: 3420289- SSPPI-Exp:
11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA	12-Fone: 86-99539-7439		
13-Resp: RENATA-ESPOSA	14-Fone: 86-99539-7439		
15-Ender: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408050500	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
21-Cod. Mudança Procd. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
22-Data: ?	26-Diagnóstico: ?

38-Profissional Responsável: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 13/12/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 835.447.043-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MID, COM FRATURA DA TIBIA E JOELHO.
0408050500 S822
0413040178 T009

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 170779 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CNPJ 1290 - CNS 17025395120001

Patricia Virna Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 158912

AIH: 2218101166347

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

808004515240864 ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

NASCIMENTO

31/08/1990

PRONTUÁRIO

455142

SEXO

M

DOCUMENTO

TELEFONE

86995397439

NOME DA MÃE

MARIA SEBASTIANA DA SILVA

RESPONSÁVEL

ISMAEL

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NUMERO / LOTE

000

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CÓDIGO

0408050500

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO

0415030013

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 PRINCIPAL

S822

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM MID. COM FRATURA DA TIBIA E JOELHO. 0408050500 S8220413040178 T009

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

201560410270004

DATA SOLICITAÇÃO

09/01/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

09/01/2019 16:27:37

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228848

158912

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

228848

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

6 - Prontuário: 455142

7-CNS: 898004515240864

8-Nascimento: 31/08/1990

9-Sexo: Masculino

RG: 3420289 - SSPPI

11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA

12-Fone: 86-99539-7439

13-Resp: RENATA-ESPOSA

14-Cor: Amarela

15-Endereço: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MID

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prim:
S822

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:
0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 835.447.043-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

34-Data Solicitação:

13/12/2018

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CPH)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No. Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

2018
Marcondes Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
SAMS - HUT
260 - CNS 1702639512000
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Renata Cristina eoliste

Usuário: (VALENTINE MENDES)
Consulta Local: 697950
Consulta SUS:
Impressão: 13/12/2018 11:36:13

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 158912

AIH: 2218101166347



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898004515240864

NOME DO PACIENTE

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

NASCIMENTO

31/08/1990

SEXO

M

PRONTUÁRIO

455142

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA SEBASTIANA DA SILVA

RESPONSÁVEL

ISMAEL

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

000

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MÍDIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S82.2 - FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

13/12/2018

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JÚNIOR

CPF: 83544704315

CRM:

DATA ADMISSÃO

13/12/2018 09:15

DATA ALTA

16/12/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO
CPF: 22759379133

CRM:

DATA ANÁLISE: 13/12/2018 11:45

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVULSO/AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Patricia Virra Sales Leão
Mantida: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 14/12/2018

NOME DO PACIENTE:	Ismael da Silva Ribeiro	PRONTUÁRIO Nº:	455142
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Laurindo	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Fernando	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPE Nº:	
ANESTESISTA:	Raque - Dr. Laurindo	CPE Nº:	068972903-00
INSTRUMENTADORA:	Leandra	CRM Nº:	474
		CPF Nº:	068.972.903-00

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 7+0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 8+0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		crepom	Pac	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	03		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	Jneiz		



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Emergência

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

1º Assistente

3º Assistente

Anestesiologista

Dr. Edmundo Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM 474 CPF: 068.972.903-00

Anestesia

Fim

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Patrícia Viana Sales Leão
Médica - HUT
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) 1ª e 2ª sob raquianestesia
- 2) Técnica habitual
- 3) Via antero-medial + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação c/ placa + parafusos
- 6) Lavagem c/ SF 0,9%
- 7) Sutura
- 8) Curativo
- 9) Drenagem em Joelmo
- 10) Lavagem c/ SF 0,9%
- 11) Sutura
- 12) Curativo

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PL 24675 TEOT 11913

Mod. 76 HUT

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

1407

NOME DO PACIENTE		Ismael da Silva Filho			Nº DE REGISTRO	
DATA: 14/12/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

SISTEMA CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

SISTEMA DIGESTIVO

SISTEMA URINÁRIO

ESTADO MENTAL

CORTICOIDES

ATARÁXICOS

OUTROS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FÍSICOS

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)

APLICADO AS

EFEITOS

AGENTES ANESTÉSICOS

OXIGÊNIO
1
2
3

TOTAL DE DOSES

LÍQUIDOS

SO-UTO 500
400
SANGUE 300
200
OUTROS 100

TEMPERATURA T

38

P. ARTERIAL
V O
PULSO

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SÍMBOLOS

TÉCNICAS

OPERAÇÕES

CIRURGIAS

ANESTESISTAS

Dr. Laurindo Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM 474 CPF: 068.972.903-00

Dr. Laurindo Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM 474 CPF: 068.972.903-00

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

PARTICULARIDADES



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO** (Prontuário: 455142)
Endereço: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/08/1990 Idade: 28a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697950
Requisição: 900645 Solicitação: 13/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1118104 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 13/12/2018

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Mantida: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO** (Prontuário: 455142)
Endereço: RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 31/08/1990 Idade: 28a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697950
Requisição: 900645 Solicitação: 13/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1118105 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 13/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes desalinhadas na diáfise da tíbia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115277/19

Vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

CPF: 057.958.353-82

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 13/12/2018

Titular do CPF: ISMAEL DA SILVA
RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO : 057.958.353-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019
Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO
CPF: 057.958.353-82

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "JOAO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

Amorim do S. L. P.




CARTEIRA DE IDENTIDADE

[Signature]

RECEBIDA EM: 04/04/10

SECRETARIA DE SEGUROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.420.289

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/02/10

NOME

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

FILIAÇÃO

MARIA SEBASTIANA DA SILVA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

31/08/1990

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 10156 L A27 F 199
EXP PALMEIRAIS-PI. 22/10/09

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

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

INTERDINT LTDA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.958.353-82**

Nome: **ISMAEL DA SILVA RIBEIRO**

Data de Nascimento: **31/08/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **07:32:41** do dia **04/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0EBF.534C.4BC9.A7D1**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190258850 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 7,17,18.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



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, LUCAS DO VALE ARAUJO

RG nº 3494806, data de expedição 07/04/2016

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 05993718282

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA TORALISTA DONDON, nº 2931

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

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

ISMAEL DA SILVA KIBEIRO, cujo o condutor era

O MESMO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 160 STACT Ano: 2016/2016

Placa: PI S 9162 Chassi: 9C2KCZ500Q000301

Data do Acidente: 13/12/2019

Local e Data: Teresina 01-03-19

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 04/04/19

Lucas do Vale Araújo

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritora Compromissada
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Conferido
Themistocles Sampaio
Escritor
Rua Lúcio de Almeida, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 32211010 - E-mail: assessoria@cartorio3sam.com.br
Título: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUCAS DO VALE ARAUJO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AAB41784-V9TT
www.t3pi.jus.br/portalexta
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escritora Autorizada
Emol.: 3,85 VJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 62
nsr: araracão

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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: 057.95835382 Nome completo da vítima: ISMAEL DA SILVA KIBEIKO

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

Nome completo: ISMAEL DA SILVA KIBEIKO CPF: 057.95835382

Profissão: COZINHEIRO Endereço: RUA DOUTOR BOCAIUNHA Número: 1072 Complemento: _____

Bairro: NOSSA SRA DAS GRAÇAS Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86 99539-7439

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO 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: 3829 CONTA: 3294 5

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

☐ 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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, TERESINA 19/03/2019

Nome: ISMAEL DA SILVA KIBEIKO

CPF: 057.95835382

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º 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.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	1751	13/11/2018	2898	0824	0836
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	08 55	09 14			
	10 Endereço	Rua Lindolfo Montenegro			
Local da Ocorrência	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Senhora de Fátima	Flu - PI			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	prox. casa do chumbarco	Ismael da Silva Ribeiro			
Tipo de Ocorrência	15 Sexo	16 Idade			
	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	34/10/81			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	01			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		Pulso 92 Resp. PA 130/80 TAX. 97%	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	HUT HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	

Responsável pela recepção

Socorristas

Médico

AE/TE

Enfermeiro

Condutor