

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface.

The title bar shows multiple tabs including "Consulta pro...", "0808068-95", "Controle de...", "Merge PDF", "WhatsApp", "Tribunal de...", "Sistema CN", "Caixa de en...", and others.

The main content area displays a document titled "10913542 - CONTESTAÇÃO (2735353 CONTESTACAO 01)" dated "22 Jul 2020".

A sidebar on the left lists documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and "10913540 - CONTESTAÇÃO".

The right side shows a preview of a document page from "downloadBinario.seam" with the date "1 / 12" and the text "2735353-C3/2020-02586/INVALIDEZ". It features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI".

The bottom navigation bar includes links for "prot+pc.pdf", "Pç.pdf", "prot+pc.pdf", "pc.pdf", and "prot+pc.pdf".

The taskbar at the bottom shows icons for Windows, Internet Explorer, File Explorer, Word, and Google Chrome, along with system status indicators like battery level and date/time.



Número: **0808068-95.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10913 798	22/07/2020 12:27	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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 N°: 100203.000843/2019-92

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice 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

Bairro

TERESINA

FÁTIMA

Endereço

RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

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 QUEIJE 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

LUCAS DO VALE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/2019



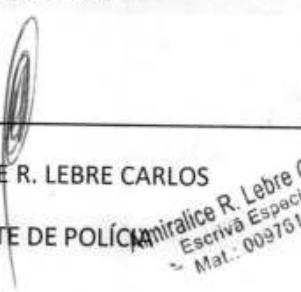
AVERBAÇÃO AO B.O.0843/2019-92

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


ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE


ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE DE POLÍCIA *Almiralice R. Lebre Carlos*
Escrivã Especial
Mat.: 009781-6

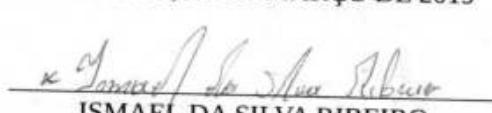


AVERBAÇÃO AO B.O: 843/2019-92

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

TERESINA, 26 DE MARÇO DE 2019




ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE


FRANCILEUDE LIMA

APC

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/2019





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 pelo Registro: Almiralice 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	Bairro
TERESINA	FÁTIMA
Endereço	
RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:	Ponto de Referência
Complemento	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DO VALE ARAUJO
RG: 3494806
Mãe: IRACENA COSTA DO VALE ARAUJO
Endereço: RUA QUINTINO BOCAIUVA, Nº 1072
Bairro: CENTRO
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9539-7439

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 QUEI 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

LUCAS DO VALE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policia

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



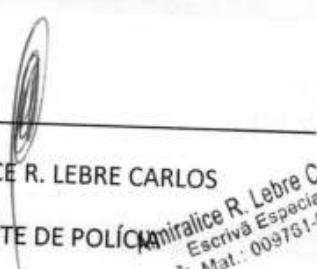
AVERBAÇÃO AO B.O.0843/2019-92

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


ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE


ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS
AGENTE DE POLÍCIA *Almiralice 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


ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

AVERBANTE


FRANCILEUDE LIMA

APC

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 04/04/2019





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: Nome completo da vítima:
057.958.353.82 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:	057.958.353-82
Profissão:	cozinheiro	Número:	1072
Endereço:	Rua Otávio Zocaiuva	Complemento:	
Bairro:	Nossa Senhora das Graças	Cidade:	TERESINA
E-mail:	Estado: PI		
	CEP: 8699539-7439		
	Tel.(DDD): 86 99539-7439		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider 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.

DOCUMENTO ORIGINAL
ACESSO: 05/03/2019
MEDIDA CORRETORADE SEGURO:

ACESSO: 05/03/2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: 057.958.353.82.

^(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ismael da Silva Ribeiro

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.



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, 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**

Pag. 00001/00002 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01827/01828 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14146930



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, 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, contados 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 n° 14146281



01831/01832 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072212273407300000010347859>
Número do documento: 20072212273407300000010347859

Núm. 10913798 - Pág. 9

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221227340730000010347859>
Número do documento: 2007221227340730000010347859

Num. 10913798 - Pág. 10


DA CORRETA DE SEGUROS
BIBIDO: 09/09/19



ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

FisioWand

LAUDO CINESIOLOGICO FUNCIONAL PARA OPVAT

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

O MESMO APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL COM SEQUELAS DE 80% DOS SEGMENTOS FRATURADOS, ASSOCIANDO 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 - Piaui



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**



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 fibula, 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
Data: 09/04/19

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

Dr. Alessandro S. Melo CRM-4817	Dr. Ana K. C. Carvalho CRM-3071	Dr. Antônio Leônidas V. Filho CRM-2697	Dr. Caio C. D. Gomes CRM-5839	Dr. Charles A. R. Veloso CRM-2954	Dr. Francisco C. da E. Júnior CRM-3062	Dr. Giorgi C. Rodriguez CRM-2831	Dr. Gracielly E. de A. C. Brusco CRM-3812	Dr. Hissam Araújo CRM-4840
Dr. Ian L. L. Mendes CRM-5172	Dr. Isabella R. M. N. Britto CRM-1249	Dr. Joice Ribeiro CRM-4274	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4639	Dr. Luciana P. Dias CRM-4864	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Damas CRM-2465	Dr. Tatiane C. Cipriano CRM-3454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-3342

- 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

86 3194.5555
clinicaultrax.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072212273407300000010347859>

Número do documento: 20072212273407300000010347859

Num. 10913798 - Pág. 12



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

outagulca

BOLETIM DE ENTRADA (BE) N^o 14:20
DADOS DO PACIENTE:

Imp: 13/12/2018 09:17:14
(User: CAMILA NORBERTA)
(Estação: RECEPCAO02)

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	
Ens. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Comcubinato	
End. Local.: - - -		

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:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
<i>Patrícia Viana Soárez Leão Matrícula: 01199 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____ : ____)								
Pa: _____	Kg: _____	Altura: _____	M: _____	IMC: _____	Kg/m ² : _____	Pulso: _____	bpm: _____	Pressão: _____ mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
<i>Paciente vítima de acidente de motocicleta, sem capacete. Ao escuro: (1) visões auriculares, com calor. (2) UV+ bilateralmente. (3) FC = 80 bpm, abdome flácido, indolor à palpitação, t-Hb 10, (4) Glaxau 15, pupilas reais, fotonegativas. (5) lesão em joelho D, fratura em fibula (6) lesão em joelho D, fratura em fibula (7)</i>

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

Exames Complementares:	<i>Dr. Daniel Parchi CRM - PI 3490 Cia Geral BOE 1211 Endoscopia RGE 3100</i>
<i>Lx de Saíllo (1) Lx de Perco (1)</i>	

Prescrição Médica:	<i>Dr. Júlio Cesar Traumato</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Av. Presidente Dutra, 1228, Centro, Teresina-PI</i>
<i>Lixa de higiene e keto.</i>	
<i>Tramal 100 mg — or. amp + 100 ml SF 0,9% Esgaseira (14x10)</i>	

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: :
------------------------------	-----------	---------

Hematoma distinal 822
Assinatura Paciente ou Responsável
0408052020





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Shane



M-100-



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGENCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC.		IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	455142	31/08/1990	28	Ortopédica	231	228	HORÁRIOS		
DI : 13/12/2018	DATA : 16/12/18	PRESCRIÇÃO MÉDICA			<i>Geony</i>			<i>Até o dia</i>		
		1 Dieta oral livre			<i>até o dia</i>					
		2 jelco salinizado			<i>até o dia</i>					
		3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs			<i>até o dia</i>					
		4 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN			<i>até o dia</i>					
		5 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6hs			<i>até o dia</i>					
		6 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs			<i>até o dia</i>					
		7 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N			<i>até o dia</i>					
		8 clexane 40mg 1amp SC 1XDIA			<i>até o dia</i>					
		9 Curativos diários			<i>até o dia</i>					
		10 Cuidados gerais e sinais vitais			<i>até o dia</i>					



RECEBEMOS DE: Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.027.587 SÉRIE: 1
DATA DA RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

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 1 - Saída N° 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 da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322180021938076 - 2018-12-21T15:45:28-03	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990	INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.	CNPJ 11.664.118/0001-30	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NAME/RAZÃO SOCIAL FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70		DATA DA EMISSÃO
ENDEREÇO Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015 <small>INÍCIO:</small> Icresina		BAIRRO/DISTRITO Porenquanto		CEP 64002-530
		FONE/FAX (86) 3194-6777	UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 15:46:26

FATURA/DUPLOCATA

 Data Venc. 20/01/2019	 Valor 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	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	235,88

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	U.N.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P. TRB
002952	0702030902 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 mm ESTRITA (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40104500247 Qtde: 1 Lote 00749/18) (Ref: 40104500247 Qtde: 1 Lote 00749/18) (Ref: 40104500263 Qtde: 4 Lote 05992/17) (Ref: 40104500301 Qtde: 1 Lote 01111/18) (Ref: 40104500301 Qtde: 1 Lote 05987/18) (Ref: 40203000129 Qtde: 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 Virna Sales Leão
 Mauricéia: 0-299
 SAME - HUT
 CONFERE COM O CRUCIAL

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
---	---------------------------



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007221227340730000010347859>

Num. 10913798 - Pág. 16

Número do documento: 2007221227340730000010347859



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

NOME		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Ismael da Silva Ribeiro			
Nº AIH 228848		Nº PRONTUÁRIO 455142	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE D702030902			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NOME Dr. Fernando			
CRM Nº		CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL 14,12,2018	
MATERIAL UTILIZADO			
ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Serie, etc.)			
01	08	Placa DCP Estribo 4.5mm Parafusos corticais	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA: Spinne medical		CNPJ Nº	
ENDEREÇO:		Patrícia Vitoria Sales Leão Matrícula: 017299 SME - HUT CONFIRMO CONTEÚDO ORIGINAL	
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS			
EM 14,12,2018 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 1467 - TEOT 11913		EM _____ Decarmo	
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		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-Mae: 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 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedimento 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	<i>Fernando C. de Oliveira Ass. Carimbo TEOT 11913 CRM-PI 1457 Med.Sol. (CRM)</i>
39-Data Solicitação: 14/12/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 835.447.043-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Tratamento distal da tibia</i>		
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

(KARLA BATISTA)





JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGENCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072212273407300000010347859>
Número do documento: 20072212273407300000010347859

Num. 10913798 - Pág. 19



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSP' L DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Simone da Silva Ribeiro IDADE _____ anos DATA 14/12/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 36 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO Fernando

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>101/54(69)</u>		<u>104/57(70)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>80</u>		<u>91</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>94</u>		<u>95</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>-</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>		<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE SCULAR	ADMISSÃO	ADMISSÃO			SAÍDA
		2	1	0	
Movimenta os quatro membros	2	2	1	0	2
Movimenta dois membros	1	1	1	0	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO					
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
Terapnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO					
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA					
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
Desperita, se solicitado	1	1	1	1	1
Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2					
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando no ar ambiente	2	2	2	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4
ESCALA DE DOR SAÍDA	0	1	2	3	4
TOTAL	09				
ASS.	<u>Maria Jordânia de Oliveira</u> <u>Especialista</u> COREN-PI 484.168				

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SK 09 em PTO de fratura de tibia; segue calmo, hirscente.

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/12/2018Técnico: JMaria Jordânia de Oliveira

Enfermeira

COREN-PI 484.168

RESCRIÇÃO MÉDICA

Ribeiro
Ribeiro Vitor Sales 100
Materno-Infantil
SAÚDE MUNICIPAL
CONFEC CONCESSIONADA

ALTA SÉRIE Dr. Laurindo Raulino Filho

Médico Anestesiologista

CRM-PI 00000000000000000000

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

OSTO: [] [] 12 [] 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-Mae: 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 Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
26-Diagnóstico: ?	

38-Profissional Responsável: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	40-Tp. Documento: CPF
49-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 8822 0413040178 T009
--

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)
		52-CNS/CPF: 13701719 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CPF: 125.040.000-01 CNPJ: 12.026.395/0001-01

*Patrícia Viana Sales Lobo
Matrícula: 0.74499
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		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898004515240864	ISMAEL DA SILVA RIBEIRO		31/08/1990	455142	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
	86995397439	MARIA SEBASTIANA DA SILVA		ISMAEL	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)				NUMERO / LOTE
Bairro	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		000	UF
CENTRO		TERESINA			PJ

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	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SK22		

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 S82204J,3040178 T609

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 FARIA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
980016001406516 | 09/01/2019 16:27:37

*Rea J
Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*





228848

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

JS8912

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

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-Ender: **RUA QUINTINO BOCAUIVA 1072 - CENTRO - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MID

*Patrícia Viana Sales Ladeira
Maiorquil 07/2018
SANE-HUT
CONFIRME COM O CRG/AT*

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Princ:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

5822

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050500** 27-Procedimento solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA**

29-Clinica:

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

34-Data Solicitação:

13/12/2018

Tempo SUS

4

*Dr. Jamerson Moreira de Lemos Junior
CRM-PI 3878 / 1547
35-Ass.Cárimbo Med.SAN-HUT (CRM)*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37-() Acidente Trabalho Típico

40-No.Bilhete:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

41-Série:

45 - Vínculo com a Previdência:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

*2028 Marcondes Martins S. Moura**Médico Auditor - FMS - Teresina**CRM-PI 260 - CNG 1702639512000**59 Ass.Cárimbo (Rg.Conselheiro)*

48-Documento:

49-Num. Documento:

Usuário: **(VALDENICE MENDES)**Consulta Local: **69790**

Consulta SUS:

Impressão: **13/12/2018 11:36:13**

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Renata Ribeiro Ribeiro



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO		DATA 31/12/2018	
NOME DO PACIENTE: Ismael dasilva Ribeiro		ORONTUÁRIO N°: 455142	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA: Dr Laurindo	N° DA SALA: 05		
CIRURGIÃO: Dr Fernando	CPF N°:		
AUXILIAR:	CPE N°:		
ANESTESISTA: Roque - Dr. Laurindo Filho	CPF N°: Médico Anestesiologista 068972903.00		
INSTRUMENTADORA: Leandra	CRM: 474 CPF: 068972903-00		

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 N° 710	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 810	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	300	
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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		corrom	Pac	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	 Patricia Viana Sales Leão Matrícula: 0-7499 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL		
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				ENFERMARIA:			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				CIRCULANTE:	 Snez		
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		20	04				
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	03					
PROLENE							





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

Cirurgião

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

1º Assistente

3º Assistente

Anestesista
Dr. Lívia Rovino Filho
Dr. Luciano Rovino Filho
Médico Anestesiologista
Interno 414 CRM-068.972.903-00

Anestesia

Raposo

Fim

Relatório Imediato do Patologista

Recebido
Patrício Viana Sales Leão
Matrícula: 0.7499
CONFIRA COM O ORIGINAL

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Tore SDS sob nação de esteriliz.
- 2) Prenc. hab. ríal
- 3) Vía antero-medial + d. secção
- 4) Redução
- 5) Fixação c/ placa + plásticos
- 6) Lavacão c/ SF 0,9%.
- 7) Sutura
- 8) Cinturão
- 9) Drenagem fechada c/ torco
- 10) Lavacão c/ SF 0,9%
- 11) Sutura
- 12) Fisioter.

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 21655 FEOT 11913

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO			
NOME DO PACIENTE 1407 <i>Tsmael da Silva Prilige</i>	P. ARTERIAL	FUSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
DATA: 14/12/18	EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>60% 9%</i>				<i>Breve opa-1 detoxin-1</i>	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					<i>Detoxin-1 B. sedativ-1 Ketam-1 B. relax-1 A. pax-1 9 10 11 12 13 14 15</i>	
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10	<i>✓ 100 + 100 + 100 ✓ Detoxin-1 120 ✓ 100 ✓ 80 ✓ 60 ✓ 40 ✓ 20 ✓ 10 ✓</i>				<i>Detoxin-1 B. relax-1 Ketam-1 B. relax-1 A. pax-1 9 10 11 12 13 14 15</i>	
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS	<i>06-00 - 17:00</i>						DURAÇÃO <i>100</i>
TÉCNICAS							INCIDENTE - ACIDENTE <i>mag</i>
OPERAÇÕES	<i>Trat. cir. e fixação de tibia</i>						
CIRURGIÕES	<i>D. Ferreira do</i>						
ANESTESISTA	<i>D. Lauro Andrade Coutinho</i>						<i>Lauro Andrade Coutinho</i>
							Médico Anestesiologista CRM-PI 474 CPF: 068.972.903-00
							Médico Anestesiologista CRM-PI 474 CPF: 068.972.903-00
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT



**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

Pág: 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
Requisição:	900645	Solicitação: 13/12/2018	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697950
Controle:	1118104	Convênio: SUS	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

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 integros.
- 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

Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SAMS - 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
Requisição:	900645	Solicitação:	13/12/2018
Controle:	1118105	Convênio:	S U S
Sexo:	Masculino	Origem:	URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento:	697950

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 tibia e fibula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 22/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

*Receio
Patrícia Vitoria Soárez Leão
Matrícula: 027499
Santos - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/12/2018

Titular do CPF: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



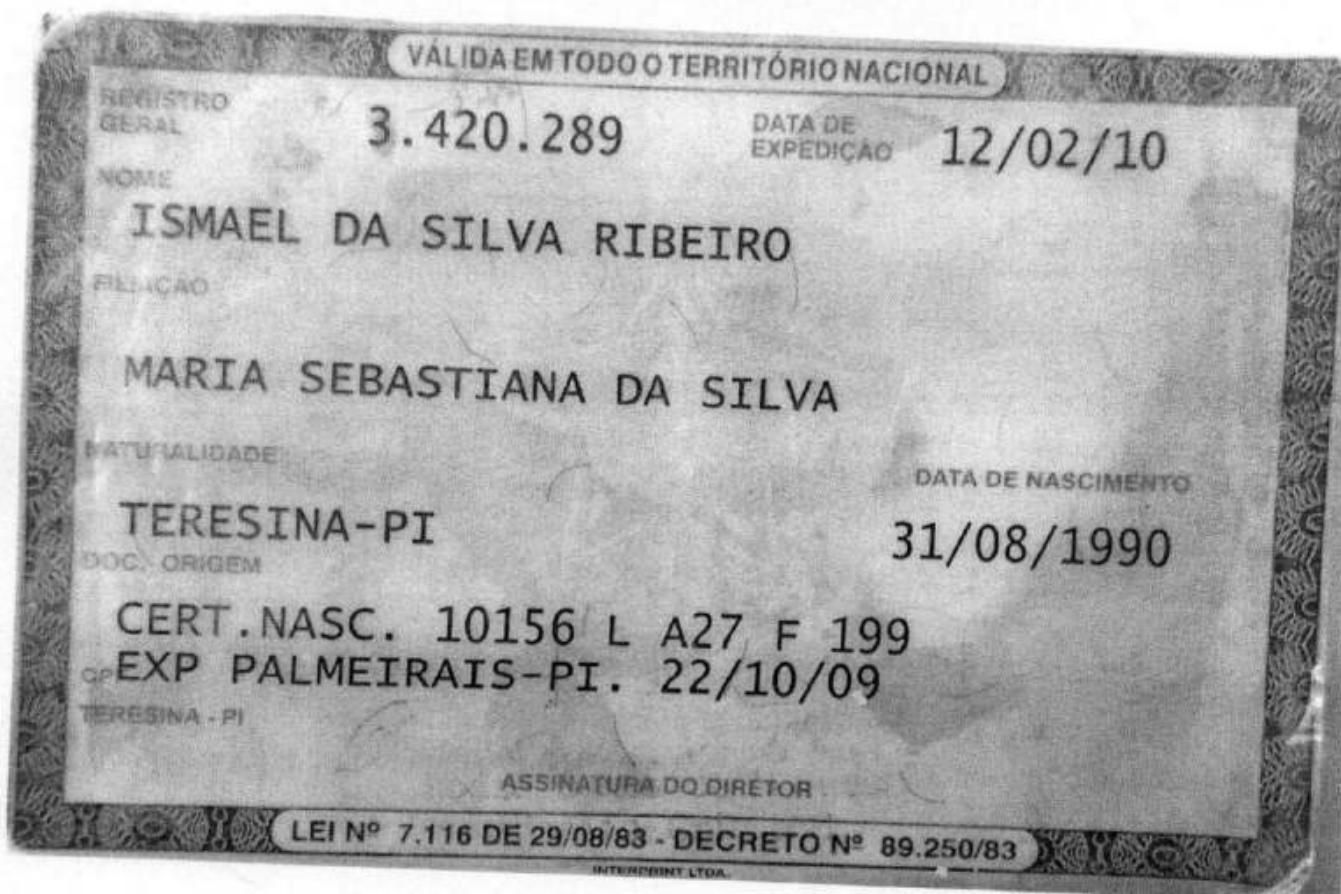


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/07/2020 12:28:47
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072212273407300000010347859>
Número do documento: 20072212273407300000010347859

Num. 10913798 - Pág. 32





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**

Dígito 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: 04/04/2019



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 Juiz Valente Dardon nº 2931,

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

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

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO, cujo o condutor era O MESMO.

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

Placa: PI S 9162 Chassi: 9C2MCZS00G0000303.

Data do Acidente: 13/12/2018.

Local e Data: Teresina 01-03-19


MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 01/04/19

Lucas do Vale Araujo



Assinatura do Declarante

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



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:	Nome completo da vítima:
	057.958.353.82.	Ismael da SILVA RIBEIRO.
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Endereço:	CPF: 057.958.353-82
Profissão: COZINHEIRO.	Cidade: TEIXEIRAS	Número: 1072. Complemento:
Bairro: Nossa Senhora das Graças	Estado: PI	CEP: 8699539-7439
E-mail:	Tel.(DDD): 86 99539-7439	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

SEM RENDA

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, TEIXEIRAS, 19/03/2019 Nome: Ismael da SILVA RIBEIRO. CPF: 057.958.353.82.	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ <i>Ismael da Silva Ribeiro</i>	2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGÓ, 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.

DOCUMENTO DE VITIMA
MÉDIA CORRETORA DE SEGUROS
recebido em: 09/04/2019



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1751	02 Data do chamado 13/11/2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 08214	05 Chegada ao local 08316	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 081515	07 Chegada ao 1º hospital 091111	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dado Paciente	10 Endereço Rua. Lindolfo Montini	11 Bairro nossa senhora de Fátima	12 Município-UF Pia - PI	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência prox. eva do chumero					
Acidente de Transporte	14 Nome Israel da silva Ribeiro	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ignorado 01				
Exame Físico	16 Idade 31/10/18 14:990	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 02		
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Hospital de Destino	19 Vítima 01	20 Meio de locomoção 05	21 Outra parte envolvida 01	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	23 Glasgow = 15	
Observações Interdisciplinar	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	Sinais Vitais	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	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso 92 Resp. PA 130/80 TAX. Sat02 97%		
	26 Pupilas 0 1- Iguals 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 0 1- Sim 2- Não	29 01 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 10 Intensa	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2- Não 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	01	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes de transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) _____ c) _____		
	32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada 3 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não				
	Paciente vítima de Acidente de trânsito, colisão de moto com carro. Perde consciente, orientado, fálico e eupneico apresentando dor + lesão + deformidade em MIP (Tibia 0) posteriormente realizada imobilização cominal + extremidades. Regulação HUT.					
	MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS Recebido 01/11/2018					
	Socorristas Médico Jéssica / Gizeviele AE/TE Náide Enfermeiro Condutor Adão					
	Responsável pela recepção Patrícia Lima Sales Lago Matrícula: 027499 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL					
	027.11.2018 027.11.2018					