

Consulta pri... x 0808068-95 x Controle de x Controle de x Merge PDF x WhatsApp x Tribunal de x Sistema CN x Caixa de ent... x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=492082&ca=fab16cbd87607a354162622bda586a11e0...

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

**PJE** ProceComCiv 0808068-95.2020.8.18.0140  
ISMAEL DA SILVA RIBEIRO X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO...

10913542 - CONTESTAÇÃO (2735353 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 22/07/2020 12:27:35

22 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10913540 - CONTESTAÇÃO
  - 10913542 - CONTESTAÇÃO (2735353 CONTESTACAO 01)
  - 10913798 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10913799 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10913800 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 10913801 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 12

2735353- CS/ 2020-02586/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+pq.pdf Pq.pdf prot+pq.pdf pq.pdf prot+pq.pdf Exibir todos x

PT 12:27 22/07/2020



22/07/2020

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
10913798	22/07/2020 12:27	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	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 Nº: 100203.000843/2019-92**

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

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

RUA LINDOLFO MONTEIRO, Nº:

**Complemento**

**Data/Hora**

13/01/2018 - 07:30

**Bairro**

FÁTIMA

**Ponto de Referência**

**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 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.: 009761-6

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

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: 04/04/19





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: 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

Almirallice R. Lebre Carlos  
ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice 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 CORRETIVA 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: 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: 057.958353-82

Profissão: CORRETOREIRO Endereço: RUA QUINTO SOCAIUVA 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)

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 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.

FPS.001 V001/2018





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

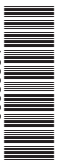
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00001/00002 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030001





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

00060914



Carta nº 14146930





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14146281



# 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



ISRAEL DA SILVA RIBEIRO

04/04/19



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 LESOES, ASSOCIADO AO TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO 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



## RADIOGRAFIA DIGITAL DA PERNA DIREITA

### RELATÓRIO:

#### Radiografia de controle evolutivo pós-operatório evidenciou:

- Fratura completa cominutiva da região médio-diafisária da tíbia 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 em: 09/01/19

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

Dr. Alexandre S. Mello CRM-4837	Dr. Ana K. C. Corvellec CRM-3071	Dr. Antônio Lobão V. Filho CRM-2697	Dr. Caio C. D. Costa CRM-5059	Dr. Charles A. B. Feltes CRM-2954	Dr. Francisco C. de S. Júnior CRM-3062	Dr. George C. Rodrigues CRM-2831	Dr. Graciele R. de A. C. Branco CRM-5812	Dr. Hecane Araújo CRM-4889
Dr. Ilan L. L. Mendes CRM-5172	Dr. Isabella R. M. N. Brito CRM-5249	Dr. Joyce B. Costa CRM-4274	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4839	Dr. Luciano P. Dias CRM-4884	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Denton CRM-2460	Dr. Teresa C. Cipriano CRM-5454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-1542

Página 1 de 1

- 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

88 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



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

*Shane*



NOME DO PACIENTE <i>Ismael de Jesus Vilela</i>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		P-2	105	25
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>12/12/20</i> HORA: <i>08:30</i>		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>Dr. Alexandre V. Fernando</i>			<i>22h. P.A. = 140 x 77 mmHg, P. = 77 bpm</i>			
<i>Coetz</i>		<i>Adriana Karla Chaves, L.S.J.</i>	<i>14/12</i>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Dieta geral</li> <li>2 - S.F. 0,5% 500ml EV B12/1/1/1</li> <li>3 - T. Ipirone 01 amp + ADEV 7/8</li> <li>4 - Tenocam 20 mg + ADEV 7/8</li> <li>5 - Fentidina 50 mg + ADEV 7/8</li> <li>6 - F. 01 comp + ADEV 8/8</li> <li>7 - CCGG + SSV</li> </ol>			<i>07:30 - até 13.00h. Repetir os exames. PA-12/17, PPT.</i>			

MÉDICO/CRM:

Mod. 007



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

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

1

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](http://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**

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

21/12/2018

ENDEREÇO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO

Porenkanto

CEP

64002-530

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

21/12/2018

MUNICÍPIO

Teresina

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

15:46:26

**FATURA/DUPPLICATA**

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	DESKOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	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:MAGALHAES FILHO,175			MUNICÍPIO TERESINA	UF PI		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	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL.ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.AP.TRB
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: 40203000120 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

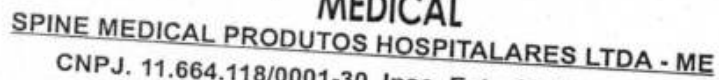
*Patricia*  
Patricia Viana Sales Leão  
Matrícula: 0-1499  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**DADOS ADICIONAIS**

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



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



**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

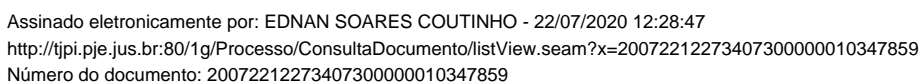
№ 4869

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

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		
1 / 1 /			14, 12, 2018		
MATERIAL UTILIZADO					
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)		ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Serie, etc.)			
QUANT.					
01		Placa DCP Estreita 4.5mm			
08		Parafusos corticais			
DADOS DO FORNECEDOR					
EMPRESA:		5 pine medical		CNPJ Nº	
ENDEREÇO:					
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS					
EM 14, 12, 2018		EM 1 / 1 /			
Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM 3467 - TEOT 11913		Wencarmo			
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.

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

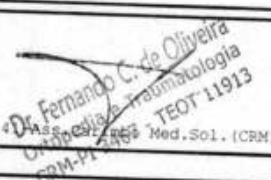
1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>228848</b>

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Fratura diaf de tibia*

AUTORIZAÇÃO

46 - 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:
	/ /	
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

  
Patricia Virna Sales Leão  
Matricula: 627499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

(KARLA BATISTA)





UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

PRONTUÁRIO  
455142

DATA NASC  
31/08/1990

IDADE  
28

CLÍNICA  
Ortopédica

ENF. QUAD. LEITO  
231 228

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA  
CÓDIGO

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 Keftin 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 1X DIA

9 Curativos diários

10 Cuidados gerais e sinais vitais

OBSERVAÇÕES

10:00 - 12:00 - Realização de curativos e medicação

13:00 - 15:00 - Realização de curativos e medicação

16:00 - 18:00 - Realização de curativos e medicação

19:00 - 21:00 - Realização de curativos e medicação

22:00 - 00:00 - Realização de curativos e medicação

01:00 - 03:00 - Realização de curativos e medicação

04:00 - 06:00 - Realização de curativos e medicação

07:00 - 09:00 - Realização de curativos e medicação

08:00 - 10:00 - Realização de curativos e medicação

09:00 - 11:00 - Realização de curativos e medicação

10:00 - 12:00 - Realização de curativos e medicação

11:00 - 13:00 - Realização de curativos e medicação

12:00 - 14:00 - Realização de curativos e medicação

13:00 - 15:00 - Realização de curativos e medicação

14:00 - 16:00 - Realização de curativos e medicação

15:00 - 17:00 - Realização de curativos e medicação

16:00 - 18:00 - Realização de curativos e medicação

17:00 - 19:00 - Realização de curativos e medicação

18:00 - 20:00 - Realização de curativos e medicação

19:00 - 21:00 - Realização de curativos e medicação

20:00 - 22:00 - Realização de curativos e medicação

21:00 - 23:00 - Realização de curativos e medicação

22:00 - 00:00 - Realização de curativos e medicação

Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Livraga Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3415-TEO10029 / CRM312308

CRM3786-TEO111305

CRM3367



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGENCIA DE TERESINA - HUT

HOSP. IL DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA		ENF. OU AP		LETO		MÉDICO ASSISTENTE	
Luzia da S. Ribeiro		455142		Ortopédica		231		238			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES					
14/12/18											
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											
Dr. Fernando Teófilo Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3461 TEOT 11912											
Dr. Fernando Teófilo Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3461 TEOT 11912											
0											
CONFERE COM O ORIGINAL											

Portaria nº 170/2018  
Medicamento nº 170/2018  
CONFERE COM O ORIGINAL

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME Simão 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 Somando

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>102/54(69)</u>	<u>104/57(70)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>80</u>	<u>91</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<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 ALDRETTEE KROULIK**

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

**ESCALA DE DOR ADMISSÃO**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**ESCALA DE DOR**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOTAL 09  
 ASS. Maria Jordana de Oliveira  
 COREN-PI 484.168

( ) SONDAS VESICAIS	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) 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.

**RAIO-X REALIZADO**  
 DATA 14/12/2018  
 Técnico:     

Maria Jordana de Oliveira  
 Enfermeira  
 COREN-PI 484.168

**RESCRIÇÃO MÉDICA**

**ALTA SRPA**  
Dr. Laurindo Raulino Filho  
 Médico Anestesiologista  
 CRM-PI 14.195/066.072.903-00  
 HORÁRIO      ANESTESIOLOGISTA

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

OSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] 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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>228848</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

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

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

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

**AUTORIZAÇÃO**

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

*Patricia Viana Sales Leão*  
Matrícula: 0.7499  
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

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

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		
		000		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
CENTRO		TERESINA		PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

#### CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

#### CÓDIGO

0408050500

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

#### CÓDIGO

0415030013

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

#### CID 10 PRINCIPAL

S822

#### CID 10 SECUNDARIO

#### 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

080016001406516

09/01/2019 16:27:37

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





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

228848

158912

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

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

228848

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ISMAEL DA SILVA RIBEIRO

7-CNS: 898004515240864

8-Nascimento: 31/08/1990

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 455142

11-Mãe: MARIA SEBASTIANA DA SILVA

RG: 3420289 - SSPPI

13-Resp: RENATA-ESPOSA

12-Fone: 86-99539-7439

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

14-Cor: Amarela

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 Vitor Sales Lado  
Mauicada: 047499  
SANE - 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:

40-No. Bliete:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

20/12/18  
Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001  
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (VALDENICE MENDES)  
Consulta Local: 697990  
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 MÍD

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**

S822 - FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA

**LEITO/CLÍNICA**

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E 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 ARAÚJO FILHO

CPF: 22759379333

CRM:

DATA ANÁLISE: 13/12/2018 11:45

**NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO AUDITORIA**

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

*Parafina Vitrada São João*  
Matrícula: 0.7499  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 14/12/2018

NOME DO PACIENTE:	Ismael da Silva Ribeiro	PRONTUÁRIO N°:	455142
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Laurindo	N° DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Fernando	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPE N°:	
ANESTESISTA:	Raque - Dr. Laurindo	Dr. Laurindo Raulino Filho	068972903-00
INSTRUMENTADORA:	Leandra	Médico Anestesiologista	
		CRM PI 474	CPF 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 N° 7+0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 8+0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	300		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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		crepom	Pac	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:  Patricia Viana Sales Leite Matrícula: 0.7499 SAÚDE - NUT CONFERE COM O ORIGINAL			
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					
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: Inez			





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

Enfermagem

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista

Anestésico(a)

Anestesia

Data da Operação

Diagnóstico Pós-operatório

Fim

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Patrícia Viana Sales Leão  
Médica: 017499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) TCE DMS sob naqui anestesia
- 2) TCE habitual
- 3) Via Antero-medial + dissecação
- 4) Redução
- 5) Fixação com placa + parafusos
- 6) Lavagem com SF 0,9%
- 7) SUTURA
- 8) Curativo
- 9) Drenagem com J+T
- 10) Lavagem com SF 0,9%
- 11) SUTURA
- 12) Curativo

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PL 21015- TEOT 11913

Mod. 76 HUT

## FOLHA DE ANESTESIA



1407

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Ismael da Silva Ribeiro			Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
14/12/18						
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				TOTAL DE DOSES
		1				
		2				
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				
		SANGUE 400				
		OUTROS 300				
		200				
		100				
TEMPERATURA T	Cº	260				
		240				
		2				
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200				
		180				
		160				
		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO O		20				
		10				
SÍMBOLOS		16:00 - 17:00				DURAÇÃO
TÉCNICAS		Máscara				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES		Trat. cir. q. futura de tubos				
CIRURGIÕES		D. Fernaldo				
ANESTESISTA		D. Laurindo Martins Filho				
		Médico Anestesiologista				
		CRM 474 CPF: 068.972.903-00				
		D. Coutinho Raulino Filho				
		Médico Anestesiologista				
		CRM 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

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*  
Matricula: 027499  
SABE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



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. 29



# 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: 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

*Assinatura*  
Patrícia Viana Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - 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](http://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





*[Handwritten signature]*  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
recebido em: 04/04/10

Scanned by CamScanner



VÁLIDA 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		
GP	EXP PALMEIRAIS-PI. 22/10/09		
TERESINA - PI			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			
INTERPRINT 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.)

  
MÉDIA 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](http://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: 0800-1596 / 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 JORNALISTA DONDON, 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 KIBELDO, cujo o condutor era  
O MESMO.  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HAVERA CG 160 STREET Ano: 2016/2017  
Placa: PI S 9162 Chassi: 9C2KC2S006000301  
Data do Acidente: 13/12/2019

Local e Data: TERESINA 03-03-19

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  
Compromissada  
siga - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Coronel Rodrigues, 1023 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina/PI - Fone: (86) 32141913 - E-mail: [www.teresianacartorio3.com.br](mailto:www.teresianacartorio3.com.br)  
Título: Unidade Computador de Sampaio Pereira  
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUCAS DO VALE  
ARAÚJO DOU FE EM TEST. DA VERDADE.  
TERESINA-PI, 01/03/2019. Selo: AAB41784-V9TT  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)  
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada  
Esel: 3,85 VJ: 0,77 FNDP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 62  
nec/aracão

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



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



# 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 KIBEIRO

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

Nome completo: ISMAEL DA SILVA KIBEIRO CPF: 057.95835382

Profissão: CORISTA Endereço: RUA QUINTO SOCAIUA 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)

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 KIBEIRO  
CPF: 057.95835382

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.

FPS.001 V001/2018





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
	1754	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	
	0855	0911			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Rua Lindolfo Monteiro	Novo Senhor de Fátima	He-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	prox. casa do churrasco	Ismael da Silva Ribeiro	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	34/10/81	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	01 - Pedestre 02 - Condutor 03 - Passageiro 09 - Ignorado	01 - A pé 02 - Automóvel 03 - Motocicleta 04 - Bicicleta	01 - Automóvel 02 - Motocicleta 03 - Ônibus/Micro-ônibus 04 - Bicicleta	01 - Objeto fixo 02 - Animal 03 - Ônibus/Micro-ônibus 09 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	26 Pupilas	27 Pulso
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	Pulso 92 Resp. PA 130/80 TAX. 97%	Diagrama de corpo humano com seta no abdômen	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
Assistência	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino
	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	31 - Aspiração 32 - Prancha longa/curta 33 - Oxigênio 34 - Colar cervical 35 - Curativos 36 - Imobilização de extremidades 37 - Reanimação cardiopulmonar 38 - Assistência obstétrica	HUT
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Glicemia	36 Acesso Venoso	37 Medicamentos a)
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não			
<p>Paciente vítima de acidente de trânsito, colisão de moto + carro, segue consciente, orientado, fôlego e expulso apresentando dor + lesão + deformidade em MP (Tibia) e tórax. Realizada imobilização cervical + extremidades. Regulagem encaminhado para HUT.</p> <p>Recebido em: 08/11/18</p> <p>Medida Coletora de Seguro</p> <p>Patrícia Faria Sales Lima Matrícula: 027499 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</p>					

0:27.11.2011