



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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018772 Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do 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: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000972

Conta: 0000012284-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 023.881.991-93 3 - CPF da vítima: 023.881.991-93 4 - Nome completo da vítima: JONATHAN AILAN DA SILVA

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

5 - Nome completo: JONATHAN AILAN DA SILVA 6 - CPF: 023.881.991-93

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: RUA ARIAS SÁ CONTINHO 9 - Número: 2151 10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: COLÔNIA DO GURGUEIA PIAUÍ 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64885-000

15 - E-mail: MOVESPONTE@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 99 9467-3731

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0972 018 CONTA: 12284 7

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Local e Data: _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Autorização de pagamento

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jonathan Ailan da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – GPJ
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
 Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 657/2019 - 17ª DRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
 Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro: Daniele Batista Araujo
 Data/Hora: Sexta-feira - 19/07/2019 - 08h13min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
 Local do fato: Via Pública
 Endereço: BR 135
 Bairro: Centro
 Ponto de Ref. Próximo a Rodoviária
 Município: Colônia do Gurguéia
 Data/Hora: 25/01/2019, às 20:10h
 Estado: PI

DADOS DO NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: Jonathan Aislán da Silva
 RG: 2.715.762 SSP/DF
 Filiação: José Antonio da Silva e Maria Anazilda Alves da Silva
 Endereço: Rua Arias Sá Coutinho, nº 451.
 Bairro: Centro
 Ponto de Ref.
 Município: Colônia do Gurguéia
 CPF: 023.881.901-93
 Telefone: (89)99431-5244
 Idade: 27 anos - 05/04/1992
 Estado: PI

PESSOAS ENVOLVIDAS/ACUSADO

Nome:
 RG:
 Filiação:
 Endereço:
 Bairro:
 Ponto de Ref.
 Município:
 CPF:
 Telefone:
 Idade:
 Estado:

OBJETOS/MATERIAIS/EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desc. Material:
 Quantidade:
 Valor RS:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/CG 125 FAN ES, Ano: 2014, Licenciado em nome de: Maria das Neves Alves da Silva. Placa: PIB-7892
 Cor: Vermelha Chassi: 9C2JC4120ER023815 Renavam: 01003071853

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima descrito, estava transitando em uma motocicleta indo em direção a sua residência; Que no sentido oposto estava transitando um automóvel (FIAT PALIO ATTRACT 1.0, Ano: 2016/2017, Cor: Branco, Placa: PIO 5218); Que o condutor do automóvel foi realizar uma conversão e o noticiante acabou abalroando frontalmente com o veículo; Que perdeu o controle da motocicleta e acabou caindo no meio da pista; Que o condutor do veículo não prestou socorro ao noticiante; Que foi socorrido por populares que estavam em um bar próximo ao local do fato; Que foi conduzido para o Centro de Saúde Vale do Gurguéia na cidade de Colônia do Gurguéia/PI; Que recebeu os primeiros atendimentos por volta de 20:30h; Que foi diagnosticado com Fratura exposta em perna esquerda e escoriações; Que foi transferido para o Hospital Regional Tiberio Nunes na cidade de Floriano PI; Que foi realizado Procedimento Cirúrgico na data do dia 26/01/2019 às 09:05h de nome LMC+ FIX. EXTERNA DE TÍBIA E (Perna Esquerda); Que se responsabiliza pela informação prestada. É o relato.

Jonathan Aislán da Silva
 Noticiante

Daniele Batista Araujo
 Escrivão(a) ad. hoc / Agente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JONATHAN AISHAN DA SILVA

CPF da Vítima

023.881.901-93

Data do Acidente

25/01/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Colônia do Buracão 24 de Janeiro de 2020
Local e Data

Jonathan Aishan da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATHAN AISLAN DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00972

CONTA: 000000012284-7

Nr. da Autenticação 32D1DFBB321550CF

Compartilhado

05/10/2019

COMPANHIA
NOVEMBRO/2019

CONSUMO EM KW
TOTAL A PAGAR R\$

RESERVA ALVAREZ DE ALMEIDA
RUA ALVAREZ DE ALMEIDA, 100
JARDIM ALVAREZ DE ALMEIDA
Cidade de São Paulo - SP

RESERVA ALVAREZ DE ALMEIDA
RUA ALVAREZ DE ALMEIDA, 100
JARDIM ALVAREZ DE ALMEIDA
Cidade de São Paulo - SP

CONSUMO EM KW
TOTAL A PAGAR R\$

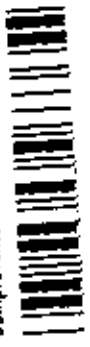
RESIDENCIAL NOVO 44370

OUT/19 219
SEI/19 219
AGO/19 210
JUL/19 213
JUN/19 219
MAI/19 190
ABR/19 161
MAR/19 201
FEV/19 183
JAN/19 173

CONSUMO
CONTAS
TOTAL

CONSUMO EM KW
TOTAL A PAGAR R\$

Comprovante de residência



RESERVA ALVAREZ DE ALMEIDA

LIGUE 0800 086 080 E FAÇA O
Pagamento até o dia 21 de

nessa Unidade Consumidora



RESERVA ALVAREZ DE ALMEIDA

9108.7049 4.11 2019 R\$ 05

44,30
85,58



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLÔNIA DO GURGUÉIA - PI
CENTRO DE SAÚDE VALE DO GURGUÉIA

Av. Raimundo da Rocha Soares - Centro
Colônia do Gurguéia - Piauí

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: Jonathas Airlon da Silva
Data de Nascimento: 04/05/1992 Profissão: Trabalhador Rural Sexo: M (☒ M) (☐ F)
Filiação: Pa: José Antonio da Silva
Mãe: Sônia Amáilde Alves da Silva
Endereço:
Bairro: Centro
Rua(AV): Rua Ayrton de Sá Coutinho Nº 3243
Município: Colônia do Gurguéia Estado: Piauí

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

Data do atendimento: 25/01/2019 Hora: 20:30hrs

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Tratamento de emergência, atendimento com dor em HSB, no tórax esquerdo, presença de estomatopneia em 100%, além de alterações em 100%.

DIAGNOSTICO

Infarto agudo do miocárdio.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Exame físico.

TRATAMENTO REALIZADO

Examinado e encaminhado para Hospital de Referência (HRT).

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|----------------------------|---|
| () Drenagem de Abscesso | () Retirada de Corpo Estranho |
| () Pequena Cirurgia | () Sutura Simples |
| () Terapia Medicamentosa | () Paciente em Observação |
| () Consulta Medicamentosa | (X) Outros <u>Examinado e encaminhado para HRT.</u> |

Data de Nascimento: / /

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente:

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

1º DPO Ex. Exat. 1.1.11

NOME <u>Ametha da Silva</u>	ALA	ENF. OU APT. <u>18</u>	LEITO <u>37</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
DATA <u>27/11/19</u>					
01. DIETA LIVRE					Em 27.03.19, após o almoço,
02. JELCO HIDROLISADO					paciente de 65 anos, RG 6, 60
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					anos, de constituição magra,
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					usando óculos, cabelos curtos e
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					de cor preta, olhos castanhos,
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					solteiro, sem filhos, residente em
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFD 9% IV 8/8 HORAS (S/N)					rua 441326
08. CLEXANE 48MG - 01 AMP SC 4X/DIA					AS 08h. Realizando exame
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					de urina + urina com o
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					pressão de sangue, AS 18h
11. CURATIVO					verificando PA = 150x
12. SSVV + COGG					mmHg. Semelhante sob
<u>Carbamazepina 1g 8/8</u>					monitoração
					AS 22h:00h - PA: 147x66
					FC 75 BPM. Freq. cardíaca Sil
					COEFICIENTE 115341-TE

Dr. Felipe Nunes da Almeida
 ORTODONTISTA - TRANSDISCIPLINAR
 CRM-PI 4915 / RQE 14175

Dr. Felipe Nunes da Almeida
 ORTODONTISTA - TRANSDISCIPLINAR
 CRM-PI 4915 / RQE 14175

Tibério Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

26 de Setembro de 2012

Paciente: Jonathan Davison da Silva D.N. 05.04.92
 Data: 26/09/12 Admissão às 10:40 Prontuário
 Alergia: Nenhuma Procedimento realizado: LMC + Fix. externa de
tubo E

DADOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; (x) Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Diego CIRURGIÃO: Dr. Francisco + Dr. Felipe

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:40)

Hora	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
TA	171x102	168x98	176x98	170x102				
Pulso	73bpm	75bpm	83bpm	83bpm				
FC								
SpO2	96%	95%	94%	94%				
HGT								
Dor(0-10)	0	0	0	0				
Ass.Func.	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade	Estabilidade				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2			2		
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1			
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O2 para manter sat O2 maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O2 suplementar	0					
TOTAL			02	02	10		

ALTA às 11:30

Ass. Médico:

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PR 48716

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora	
20/1/19	# 507A
	Fratura simples do CC, procedimento
	cirúrgico com internamento

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PE 4315 / TECE 14175

HOSPITAL REGIONAL TIRÉBIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 03.06.2019
ASSINADO: [Assinatura]

Hora: 2:43

BOLETIM DE ADMISSÃO

187050 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/04/1992 - 26 ANOS, 9 MESES, 21 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: E01- EXTRAS

Leito: EX28

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 2433 - JOAO SOARES JUNIOR

CPF: RG: 2715762 ssp-pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: ARIAS DE SA COUTINHO, Nº 3.243 - CEP: 64885-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2202752- COLONIA DO

Profissão: ENTREGADOR

Telefone: () -

Pai: JOSÉ ANTONIO DA SILVA

Mãe: MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA

Responsável: JONATHAN AISLAN DA SILVA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Presença de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐
☐
☐
☐

Cuidado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Óbito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERENCIADO ORIGINAL
DATA: 03/06/2007
ASSIN: [assinatura]

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI: 4315 / TEO: 14173

JOAO SOARES JUNIOR



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (41) 3522-1489

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

18137

Atendimento: E0162596



INTERNO

Coletado:

Data: 26/01/2019

Paciente: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Médico(a): SEM PROFISSIONAL

Convênio: SUS

Leito: EX2B Enfermaria: E01

Sexo: MASCULINO

Idade: 26 ANOS, 9 MESES, 21 DIAS

Imóvel: 26/01/2019

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS 4,61 milhões/mm³
HEMOGLOBINA 12,6 g%
HEMATÓCRITO 41,5 %
VCM 90,02 u³
HCM 27,33 pg
CHCM 30,36 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³

12,0 a 17,5 g%

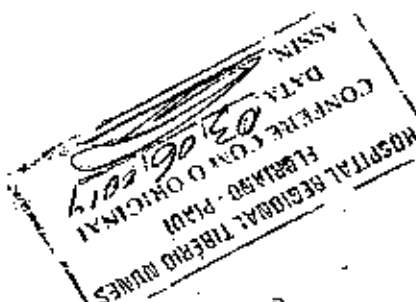
40 a 52 %

60 a 100 u³

26 a 34 pg

31 a 36 %

OBSERVAÇÕES



LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS 9.500/mm³
MIELÓCITOS 0 %
METAMIELÓCITOS 0 %
BASTONETES 4 %
SEGMENTADOS 87 %
BASÓFILOS 0 %
EOSINÓFILOS 2 %
LINFÓCITOS 5 %
MONÓCITOS 2 %
LINFÓCITOS ATÍPICOS 0 %
CONTAGEM GERAL 100,00

4.500 a 11.000/mm³

0 a 1 % Até 100/mm³

0 a 4 % Até 400/mm³

36 a 66 % 2000 a 7500/mm³

0 a 1 % Até 100/mm³

0 a 4 % 100 a 400/mm³

20 a 40 % 900 a 4400/mm³

2 a 8 % 200 a 600/mm³

100%

FLAQUETAS

300.000/mm³

150.000 a 400.000/μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMACIAS LEVEMENTES HIPOCROMICAS-NEUTRÓCITOSE

(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

1070394 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data: 26/01/2019 Leito: EX28

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

agnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

2- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

Procedimentos / Exames Invasivos

1-

Data: / /

2-

Data: / /

3-

Data: / /

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino: ☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para:

Observação:

Data: / /

Médico

CRM/Carimbo

1945-1946

Dr. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 4926

PREScrição MÉDICA

SISTENTE
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLÔNIA DO GURGUÉIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 41.522.150/0001-03
E-mail: admcolonias@hotmail.com

RECEITUÁRIO

Nome: Jonathan Nelson de Sá Data: 25/01/19
Endereço: CS: 163 32 46 32 78 00 18 Bairro: _____

ENCAMENTAMENTO MÉDICO

Paciente Jonathan Nelson de Sá, 26 anos, vítima de acidente motociclístico, apresentando dor em MMII. Logo após o acidente, não houve lesões, entretanto, supracitado, normais, hidratação e fôlego. História de atividades em MMII, além de atendimento com punção espinhal.

PA: 120x80 mmHg PC: 87 bpm PR: 20 bpm

HD: Fratura exposta de punção espinhal.
CD: Encaminhar paciente para atendimento especializado.

Dra. Maria R. de Miranda
Médica
CRM-PI 8574

Enfermeiro(a)

Médico/CRM - Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria
Hospital

NOME DO PACIENTE
DATA / HOR
CÓDIGO
2610

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - CHECK LIST

Nome: Jonathan Airlan da Silva Procedimento: UME + Fixação Externa de Tala
 Cirurgião: LMC + Fixação de Tala "E" Auxiliar: Dr. Francisco + Dr. Felipe Anestesista: Dr. Diego
 Instrumentador: Lindoval Enfermeiro: Lindoval Circulante: Jesus + Ragner

ANTES DA INDICAÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): ☒ Sim () Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: ☒ Sim () Não	Confirmar nome do procedimento realizado: <u>UME + F. Ext. de Tala</u>
Demarcação: ☒ Sim () Não () Não se aplica	Cirurgiões, anestesiologistas e equipe de enfermagem confirmam: identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado: ☒ Sim () Não	Número de compressas antes da primeira sutura: <u>5</u>
Verificação do equipamento de anestesia e ventilação pelo anestesiologista: ☒ Sim () Não	PREVENÇÃO DE EVENTOS CIRÚRGICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u>	Condições das condições físicas e químicas da corrente no término do procedimento? ☒ Sim () Não
PA: <u>160x100</u> SpO2: <u>93%</u> PR: <u>109 bpm</u> Via aérea difícil ou risco de intubação: ☒ Não () Sim	Alguma preocupação especial relacionada ao paciente? () Sim ☒ Não Preparo da pele? ☒ Sim () Não Confirma esterilização dos materiais (verificação indicadores)? ☒ Sim () Não	Pecas anatómicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? () Sim () Não ☒ Não
Material de vias aéreas disponíveis e funcionantes? ☒ Sim () Não	Equipamentos e instrumentos revisados? ☒ Sim () Não	Algum problema com equipamentos que de ser resolvido? () Sim () Não
Risco de perda sanguínea > 500ml: () Sim ☒ Não Reserva sanguínea? () Sim () Não	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min: ☒ Sim () Não Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) () Sim () Não Número de compressas antes do procedimento: <u>5</u>	PA: <u>183x103</u> SpO2: <u>98%</u>
Acesso venoso adequado e pervio? ☒ Sim () Não () AVC () AVF		Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatório desse cliente:
Consentimento anestésico e cirúrgico: ☒ Sim () Não	PA: <u>160x100</u> SpO2: <u>96%</u>	
<u>Lindoval</u> <u>404.987 - ENF</u> ENFERMEIRO	<u>Ragner + Jesus</u> TEC. EM ENFERMAGEM	<u>Dr. Diego Nunes de Oliveira</u> MEDICO ANESTESIOLOGISTA CRM-PI: 4326 ANESTESISTA



Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1070394 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data: 26/01/2019

Diag. Cirúrgico:

Fratura exposta tíbia ©

Cirurgia:

LME + fixação externa

Descrição da Cirurgia:

- 1) Triagem inicial sob radiografia
- 2) Lavagem + anti-séptico + curativo interno
- 3) Lavagem extensiva à tíbia
- 4) LME extensiva e/ou de 0,91
- 5) Redução fratura + fixação externa: fixador
- 6) Gesso local
- 7) Curativos

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PE 4316 / TEO: 14175

Cirurgião:

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

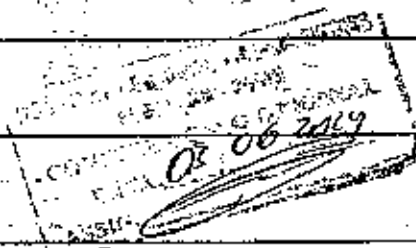
☐ RÁQUID

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Prça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a)

João Paulo Sales R. Silva

Inclto(a) no CPF: _____ paciente sob meus
cuidados. Foi atendido(a) no dia ____ / ____ / ____ às ____ apresentando quadro
de _____ e necessitando de 20 dias de
repouso CID S827

Data 07/11/13
Dr. Conegundes R. Filho
Ortopedia Trai. e Orto
CRM: 2572 TEL: 7348

Assinatura e Carimbo



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

0022

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: 64.001-350 - Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME <u>Jonatha Avelar da Silva</u>			
Nº AIH		Nº PRONTUÁRIO <u>187050</u>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO <u>Ime. + Placa + Parafusos da Fibra E.</u>			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NOME			
CRM Nº		CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO <u>26.1.19</u>		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <u>26.1.19</u>	
MATERIAL UTILIZADO			
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (elo, Tipo, Nº de Série, etc.)	
	<u>01</u>	Lote: 008928 Código: 505 6 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA BARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 500 - ESTERIL Fab.: 06/12/2018 Val.: 12/2023 Registro Anvisa Nº 80083550031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO Lutz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@bartori.ind.br	
	<u>06</u>	Lote: 007668 Código: AF55 8 640 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X CX 4,5 X 200 XT Fab.: 27/11/2018 Val.: 11/2023 Registro Anvisa Nº 80083550025 Material ACO INOX F138 Lutz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@bartori.ind.br	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA:		CNPJ Nº	
ENDEREÇO:			
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS			
EM <u>26.1.19</u> <u>Dr. Felipe Nunes de Almeida</u> ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA CRM-PI: 43157 REG-14475		EM <u>26.1.19</u> <u>[Assinatura]</u>	
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.



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

Nome do Paciente: Jonathan Nilton da Silva Reg. Same: _____
Cirurgia: DMG + Fixação de Tórax e Seta: _____
Cirurgião: Dr Felipe Auxiliar: Dr Leo Junior
Instrumentador: Dr Anderson Circulante: Dr Agmar + Jéssica
Data: 26/01/19 Início: 09:05 Término: 10:32 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº		Nº		Nº	
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	<u>cefazolin</u>			
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON	<u>Dexametasona</u>			
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA	<u>Dimetil</u>			
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	RIASIN	<u>ondansetron</u>			
32	PROSTIGMINE				
33	POMADA OFTALMOLOGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

Neocama

1 amp

Lote: 000928 Código: F08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
BARTORI - LINEEX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Feb./06/12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80093650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lote: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Ouro/SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 007668 Código: AF35 8 680
FINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X CX 4,5 X 200 X T

Feb./27/11/2018 Val.: 11/2023
Registro Anvisa Nº 80093650026
Material ACO INOX F138

Lote: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Ouro/SP
Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.ind.br

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2 - CNES 2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	4 - CNES 2365146

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE JONATHAN AISLAN DA SILVA	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 187050
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 152324632780018	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2	10 - NOME DA MÃE MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA
11 - ENDEREÇO ARIAS DE SA COUTINHO, 3.243 - CENTRO	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA COLONIA DO GURGUEIA
13 - CID. IBGE MUNICÍPIO 2202752	14 - UF PI
15 - CEP 64885-000	16 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9455-4534

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Tramais porus @ el dor e linteros</i>	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO <i>Quisito de vicio</i>	
--	--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>72</i>	
--	--

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. do fêmur</i>	21 - CID PRINCIPAL S. 82.3	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOC.
--	-------------------------------	---------------------	--------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fractura de fêmur</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 55375880300	29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE JOAO SOARES JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CRM) <i>Ortopedista Traumatologista CRM-PI 83677/2019</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE			38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE	44 - COD. ORGÃO EMISSOR M220390901
45 - CODUMENTO () CNS (x) CPF 078.977.823-87	46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

25.01.39 - O mesmo foi atendido por Dr. Moura
e medicado conforme a prescrição Médica
Tce. Eldemira Carim PI-648643 /
25.01.39 - Plantão Noturno - Raiane e Luiza - Ao 20:30
Asilam da Silva, 25 anos, acompanhada por
familiares. O mesmo sofreu um acidente matóbilis
Geo na BR-35, e apresentava fratura em perna
esquerda e algumas escoriações. Foi atendida pela
Dra. M. J. na seguinte medicações respondendo presente
cão. Onde o mesmo foi levado para o local
Pital de Floniano Rec. Enq. Raiane. Conto
487393 - PI
26.01.39 - Plantão Noturno - Raiane e Luiza - Ao 20:30

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JONATHAN AISLAN DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
187050

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
182324632760018

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/09/1992

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9455-4534

12 - ENDEREÇO
ARIAS DE SA COUTINHO, 3.243 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
COLONIA DO GURQUEIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2202752

15 - UF
PI

16 - CEP
64685-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Trauma por queda de altura

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
Queda de altura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
7x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de fêmur

21 - CID PRINCIPAL
S-82.3

22 - CID SECUNDÁRIO
V29.4

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0415.030013

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 55375880300

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
JOAO SOARES JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
26/01/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REG.)
Dr. Felipe Nunes de Almeida

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220390901

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

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
22/01/2019

47 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO C.R.)
74221 e 22/01/2019

48 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.572.566 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/05/1992

NOME JONATHAN AISLANE DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA
JOSE ANTONIO DA SILVA

NATURALIDADE BRASÍLIA-DF DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992

DOC. ORDEM CERT. NASC. 39212-1473-F-512

EXP. SOBRADINHO-DF 10/04/92

CPF 023.881.901-98

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia Racionalista Polícia Civil - DF

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA E CIENTÍFICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS
PRONTUÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Reg. Civil	2-715-762	Reg. Criminal	
Nome Completo	Jonathan Avelar da Silva		
Nome do Pai	José Antônio da Silva		
Nome da Mãe	Mônica Anazilda Azevedo da Silva		
Data de Nascimento	05/04/1992	Nacionalidade	Brasileiro
		Cidade	Colônia do Gurgueia
		UF	PI

CARACTERES FÍSICOS

Cor. Cabelos	Pretos	Tipo Cabelos	Encapados	Códn		PD Série	
Cor Olhos	Pretos	Tipo Olhos	Grandes	Altura	1,70	PD Sessão	
Outras Características (Anomalias, Amputações, etc.)						Sexo (MF)	M
						Assinatura Polígrafográfica	

DADOS PESSOAIS

Estado Civil	Solteiro	Profissão	Trabalhador Rural	Grão de Instrução	Alfabetizado
Endereço Residencial	Aruas de São Carlos 3243 Centro				
Endereço Profissional					

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Tipo Cartão	Nascimento	Número	39212	Unidade	512	Folha	73	Carteira	R.C.	
Local de Expedição	Salvadorinha						UF	DF	Data de Expedição	22/04/2010
CPF	023.881.901-93			RG			RASEP			
							UF			
							Data			
Assinatura Diretor	Jonathan Avelar da Silva									

OUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA
SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

JONATHAN AISLAN DA SILVA : 023.881.901-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JONATHAN AISLAN DA SILVA
CPF: 023.881.901-93

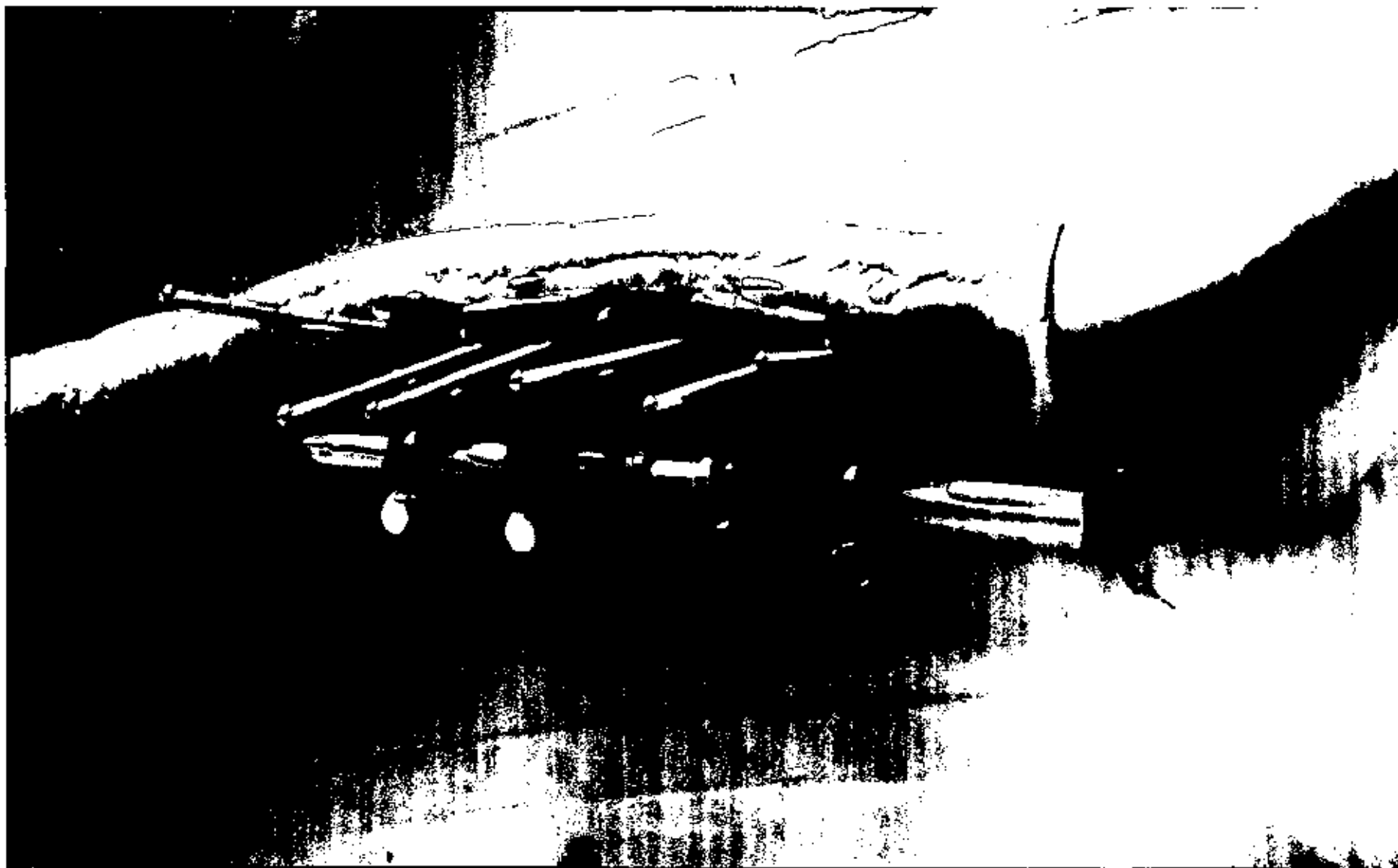
JONATHAN AISLAN DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Elen Tais Alves Perelra
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Perelra





Seguradora Lider DPVAT
Rua da Assembleia, nº 100 - 16º
andar sala 5 - Centro,
Rio de Janeiro - RJ,
Cep: 20011-904

AR

Correios REGISTRADO URGENTE registered priority		PESO (kg) weight
Recebedor	Doc.	148 AR JMP
Assinatura		
JU 20083558 9 BR		
		



(ETIQUETA OU CARIMBO MP)

Jonathan Aislan da Silva
Rua Arias Sá Coutinho 451 –
Centro
Colônia do Gurguéia – PI,
Cep: 64885-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018772 **Cidade:** Colônia do Gurguéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,10,12
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018772 **Cidade:** Colônia do Gurguéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,10,12
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Número do Sinistro: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 25/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JONATHAN AISLAN DA SILVA : 023.881.901-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JONATHAN AISLAN DA SILVA
CPF: 023.881.901-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JONATHAN AISLAN DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira