

Zimbra: E Email - AI Consulta 0801333... Controle Audiência Sist... Sistema (31) WhatsApp Baixar o... +

tpi.pje.jus.br/lgs/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=285116&ca=85c91b9a411b318791baa916cdc9a55...

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

PJE ProceComCiv 0801333-22.2019.8.18.00030

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

13067529 - CONTESTAÇÃO (2761486 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/11/2020 09:50:26

12 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13067502 - CONTESTAÇÃO
- 13067529 - CONTESTAÇÃO (2761486 CONTESTACAO 01)
- 13067534 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13067538 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuração compressed web)
- 13067539 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 13067541 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9 2761486- C3/ 2020-03979/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PT 09:50 12/11/2020



Número: **0801333-22.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	BENOAR FRANCISCO DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13067 534	12/11/2020 09:50	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180509794**

Vitima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180509794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01/215/01216 - carta_03 - INVALIDEZ



00060608

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13557957

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180509794**
Vítima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180509794** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

079.303.543 -00 ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA	CPF titular da conta	079.303.543-00	Profissão	MECANICO
Endereço	RUA - JOÃO VIEIRAS	Número	346	Complemento	- C -
Bairro	Rodovia de P. Cip	Cidade	OEIRAS	CEP	64.500-000
E-mail				Telefone (DDU)	81-99431-8209

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDA INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine uma só delas)

BRADISCO (737) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO:

DAV

CONTA NRO:

Div:

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

Banco do Nordeste do Brasil 004

AGÊNCIA NRO:

DAV

CONTA NRO:

Div:

0037 -

(Inserir digito se existir)

37644 - 4

(Inserir digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Outras - 21 de Agosto de 2018
Local e Data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF 001 V003/2017





06 SET 2018
CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 4



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 ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
079.303.543-00 **+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)**
 Profissão: **MECÂNICO** Endereço: **João Vaz**
 Bairro: **Ribeirão Preto** Cidade: **SP** Estado: **SP**
 E-mail: **89-99431-8109**

CPF: **079.303.543-00**
 Número: **346** Complemento: **-1-**
 CEP: **14500-000**
 Tel.(DDO): **89-99431-8109**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 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 (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Inserir o banco)
 Nome do BANCO: **Banco do Nordeste do Brasil**

AGÊNCIA: **0037** CONTA: **37644-4**

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 o pedido, desde já e somente após a efetivação do crédito, na totalidade do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 invalidade 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, sócio o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.154/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou encriação direta ou contestá-la, caso descreva o seu conteúdo.

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 compaheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou compaheiro(s), informar o nome completo:

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

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

Local e Data: **06/11/15**
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina a R.O.G.
+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)
 Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FP5.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
 Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 5

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180509794
Nome do(a) Examinado(a): Italo Leonardo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Joao Nunes, 346
Rodagem de Picos Oeiras PI CEP: 64500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4.183.133
Data local do acidente: [22/07/2018]
Data local do exame: [01/12/2018] Florianópolis [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER, JÁ RETIRADO, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

 **Mauro Ricardo Ramos Billbio**
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 6



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4^a DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

22/07/2018 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

OUTROS - ZONA RURAL

OEIRAS

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, N°:

Ponto de Referência

Complemento

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

PJ CORRETORES
DE SEGUROS

Endereço: RUA JOÃO NUNES, N° 346

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9431-8109

06 SET 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros

2017 PIO0269 9C2KC2210HR502410

1103477096

Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o noticiante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fátilo acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popularmente levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde fora submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.

Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1084739
AGENTE DE POLÍCIA

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia Civil
Mat. 271223-7



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 7



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

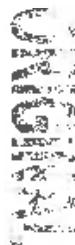


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Delegado de Polícia
Wilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat 271 223-7

g

Stélio Leonardo Ferreira
da Silva



FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 8



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Data/Hora

22/07/2018 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

OEIRAS

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mae: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO NUNES, Nº 346

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 88-9431-8109

06 SET 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros

2017 PIO0269 9C2KC2210HR502410

1103477096

Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

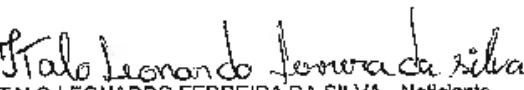
Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

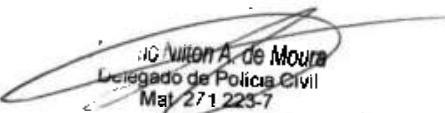
Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o noticiante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fatídico acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popular levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde fora submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.


Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1084739
AGENTE DE POLÍCIA


ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação


Delegado de Polícia Civil
Mat/271.223-7



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 9



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Delegado de Polícia

Adilson A. de Moura

Delegado de Polícia Civil

Mat 271 223-7

Adilson Leonardo Ferreira
da Silva

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 10



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 ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
079.303.543-00 **+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)**
 Profissão: **MECÂNICO** Endereço: **João Vaz**
 Bairro: **Ribeirão Preto** Cidade: **SP** Estado: **SP**
 E-mail: **89-99431-8109**

CPF: **079.303.543-00**
 Número: **346** Complemento: **-1-**
 CEP: **14500-000**
 Tel.(DDO): **89-99431-8109**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 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 (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Inserir o banco)
 Nome do BANCO: **Banco do Nordeste do Brasil**

AGÊNCIA: **0037** CONTA: **37644-4**

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 o pedido, desde já e somente após a efetivação do crédito, na totalidade do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 invalidade 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, sócio o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade 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 a Lei 6.154/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou encriação direta ou contestação, caso descreva do seu conteúdo.

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 compaheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou compaheiro(s), informar o nome completo:

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

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

Local e Data: **06/11/15**
 Nome: _____
 CPF: _____

+ TALO (LEONARDO FERREIRA DA SILVA)
 Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FP5.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
 Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 11

TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P040528 Registro: 24233
Data: 22/07/2018 Hora: 21:16:00
Funcionário: SILVERIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 73 **SUS**

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183133 - CARTAO DO SUS
Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64500-000
End.: RUA JOAO NUNES, 346 - Bairro: RODAGEM DE Cidade: OEIRAS/PI
Cor: SFM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA
SILVA
Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 200583443510009
Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - 0 Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não

ANOTACOES DA CLASSIFICACAO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIO DE FRATURA EXPOSTA EM 3º E 4º QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

459659-FRANCISCO THAYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIO DE FRATURA EXPOSTA EM 3º E 4º QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO
TRAUMA

CID
9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MEDICA

CONDUTA MÉDICA

Itamul 100mg + 100ml JPO, 5% Uva em 30 minutos
Cálcio e ferro

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

picos (nrfh) 20180722060037

Thiago J. Araújo Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,
CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -
102 - Picos

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P040528
Data: 22/07/2018
Funcionário: SILVERIA
Registro: 24233
Hora: 21:16:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 73

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.193133 - CARTAO DO SUS
Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão: Civil CEP: 64500-000
End.: RUA JOAO NUNES, 346 - Bairro: RODAGEM DE Cidade: CEIRAS/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA
SILVA
Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMOES DA SILVA SUS: 200583443510009
Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3º E 4º QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3º E 4º QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

CID

9999

30 OUT 2018

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONDUTA MÉDICA

Transt. AGOalga 100mg 100ml 10% via i.v. em 30 minutos
Laxativo e cálculo

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

Picos (N.R.F) → 20180722060037



Thiago J. Araújo Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMOES DA SILVA



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: *Italo Leonardo Ferreira da Silva*

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: *20/06/18*

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO A 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO N 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA H 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS Á 0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL 0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO 0202010473 GLICEMIA CAPILAR			

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO A 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO R 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA D 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS E 0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL 0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO 0202010473 GLICEMIA CAPILAR			
			J CORRETORA DE SEGUROS <i>30 OUT 2018</i>
			DPVAT

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<i>As 21:30hs Realizado exame de</i> <i>32 - 48 quilogramas de peso e</i> <i>peso de 50,56, reduzindo desejavelmente</i> <i>água excedendo que é de 1000g</i>			<i>✓</i>
N 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO O 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO I 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA T 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS E 0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL 0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA 0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO 0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA 0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO 0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO 0202010473 GLICEMIA CAPILAR			



FICHA DE ENCaminhAMENTO

Da Unidade:	Para
<i>UPA BURITI</i>	<i>1936 (01029)</i>
Nome da Pessoa Encaminhada:	Registro
<i>EDSON RICARDO ALVES DA SILVA</i>	
Motivo do Encaminhamento:	
<i>Doença grave e necessita de hospitalização para tratamento</i>	
<i>Exposição ao sol forte, com risco de queimadura</i>	
<i>Indicação para hospitalização em Picos</i>	
Observações:	
<i>Senha: 20180722066037</i>	
07/07/10	<i>(RJ)</i>
<hr/> Data	Responsável pelo Encaminhamento
<hr/> OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospital local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
<hr/> Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
<i>EJ CORRETORA DE SEGUROS</i>	
<i>30 OUT 2010</i>	
<i>DPVAT</i>	
<hr/> Data	Responsável pelo Encaminhamento
<hr/> OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.	



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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000037644-4

Nr. da Autenticação CCC4D738F5FC9D91



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 16



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para ajudar com a
Eletrobras, informe
este MÉTODO

SEU CÓDIGO

0330986-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.385-5
Nota Fiscal / Cédula de Conta de Energia Elétrica - Série 1-1
Desconto de 10% sobre o valor da fatura para clientes que efetuarem pagamentos via SÉRIE UNIVAR

Nº da Nota Fiscal: 009229091

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANOEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO NUNES 346 RODADe PICOS
CPF: 00000000000000000000
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 54.770.04.23.057100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Anter:	8294	Anter:	02/08/2018
Anterior:	8083	Anterior:	03/07/2018
Constante de Multifreqüência:	1.000	Próx Leitura:	04/09/2018
Consumo Medido:	211	Emissor:	01/08/2018
Consumo Faturado:	211	Apresentação:	02/08/2018
	FCAM		

TIPO DE LEITURA		TIPO DE LEITURA			
Classe/Subclasse	Ligação	Nome do Medidor	Padre	Código Faz.	Leitura 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1614424	1.1.1.1	244	
HISTÓRICO kWh:					DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mes/Ano	Valor R\$				
JUL/18	174	CONSUMO	211 A R\$ 0,892699 =	188,35	
JUN/18	180	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		16,57	
MAR/18	195	CORRECAG MONETARIA IG 06/18-00		2,32	
ABR/18	233	MULTA POR ATRASO 06/18-00		2,82	
MAR/18	237	JUROS DE HORA DE IMPD 06/18-00		2,11	
FEV/18	262	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	10,54		
JAN/18	262				
DEZ/17	290				
NOV/17	324				
OUT/17	265				
DEPURA SOM TRABALHOS:	0 A 251 - 0,894050				

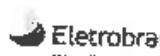
MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2018	163,79

Utilize consumidor suave e responsável no fornecimento de serviços elétricos e parta o uso da energia. No respeito ao seu próximo, respeite o inclusão do nome do consumidor na fatura, caso tenha afeição o pagamento falso, desconsidere.

LIGUE 0000 086 0800 E FAÇA UPAÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7878.0F82.39C9.11A7.A871.5E00.5CF8.4AB8	
COMPRA DA CONTA	INFO DO FATURAMENTO
Despesa fixa: 36,39	Basis de Cálculo: 188,35
Energia: 69,19	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 10,68	Valor do ICMS: 50,85
Energias: 11,02	Valor da PIS: 1,78
Tributac: 60,87	Valor da COFINS: 8,24
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54	
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
OEIRAS	06/2018 52,50

ROT: 54.770.04.23.057100



Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.385-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0330986-0	212,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2018	09/08/2018

8369000002 4 12170012000 8 00000000330 1 98600818008 5



SEQ.: 00124 UC: 0330986-0 DT. LEIT.: 02/08/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 8294 NORMAL TOTAL: 212,17 CARGA: 002
DT.VENC.: 09/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0312

PF CORRETO
DE SEGURANÇA
06 SET 2018
OPM/AT



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/SP - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.380-5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Requisito equivalente ao imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (CIDE) para SEFAZ - UNE

Peça contato com a
Eletrobras. Informe
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO
0330986-0

Nº da Nota Fiscal 009229091

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANGEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO NUNES 546 RODADe PICOS
CPF: 0000000000000000
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 54.770.04.23.057100

DATA DE LEITURA	DATA	DATA DE LEITURA
Atual:	8294	Atual:
Anterior:	8083	Anterior:
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:
Consumo Mudado:	211	Instalação:
Consumo Faturado:	211	Apresentação:
	FCAM	02/08/2018

TIPO DE CONTA	NORMAL				
	Ligado	Nomeado-Nichador	Posto	Codef	Métrica 12 meses
CUSTOS SUBSIDIÁRIOS					
RESIDENCIAL					
HISTÓRICO kWhs	MONO	A1614424		1.1.1.1	244
DESCRICAo DA CONTA					
Mês/ano consumo	CONSUMO	211 A R\$ 0,892699 =	188,35		
JUL/18	174	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)	16,57		
JAN/18	180	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/18-00	2,32		
MAR/18	195	MULTA POR ATRASO 06/18-00	2,82		
ABR/18	233	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	2,11		
MAR/18	237	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	10,54		
FEV/18	262				
JAN/18	262				
DEZ/17	290				
NOV/17	324				
OUT/17	265				
TARIFA SEM DESCONTO:					
	211 - 0,892699				

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
07/2018	163,79
Utilize consumo da conta e período de cobrança da última faturação a aberto em 01/06/2018. O seu pagamento pode ser considerado incerto se o consumo da última faturação estiver com o consumo na conta. Caso tenha atrasado o pagamento, favor desconsiderar este valor.	
LIGUE 0800 086 0866 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 15 18 15 20 23	

RESERVADO AO FISCO 7878.0F82.39C9.11A7.A871.5E00.5CFB.4A88	
COMPONENTES DA CONTA	
Distribuidor	36,39
Brangas	69,19
Transmissor	10,88
Encargos	11,02
Tributos	60,87
INDICADORES DE TRIBUTOS	
Base de Cálculo:	188,35
Alíquota ICMS:	27,00%
Valor do ICMS:	50,85
Valor do PIS:	1,78
Valor do COFINS:	8,24
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
6,03	12,06
0,00	24,12
6,03	3,61
0,00	7,23
6,03	14,45
0,00	3,54
OEIRAS	
	06/2018
ROT: 54.770.04.23.057100	52,50

PF CORRETO DE SEGURAS
06 SET 2018
DRYCAT

Eletrobras	
Distribuição Piauí	
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ	
Av. Maranhão 759 - Centro/SP - Teresina - PI	
CNPJ 06.840.748/0001-89 Ins. Estadual 19.301.380-5	
MES FATURADO	TOTAL A PAGAR - R\$
08/2018	212,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2018	09/08/2018
Nº da Nota Fiscal:	009229091
	FCAM

83698000002 4 12170017000 3 00000000330 1 95600018008 5



SEQ.: 00124 UC: 0330986-0 DT. LEIT.: 02/08/2018 T. ENTR.: 00
LEITURA: 8294 MÍRHAL TOTAL: 212,17 CARREG.: 002
DT. VENC.: 09/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 002





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ranyere Martins Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400-283/42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Italo Leonardo Leme de Britto inscrito (a) no CPF sob o N° 046.400-283/42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA da Sétima Vítima inscrito (a) no CPF sob o N° 079.303.543/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECEVO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV: Dom. EXPEDITO LOPES</u>	Cidade <u>OEIRAS</u>	Número <u>241</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>FEIJÃO</u>		Estado <u>PIA</u>	CEP <u>64.500-000</u>
Fone/fixo <u>—</u>	Telefone comercial (DDD) <u>—</u>	Fone/celular (DDD) <u>89-99408-3583</u>	

01/09/2018
Local e Data

Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

DPVAT





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Ramylere Martins Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400-283/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Italo Leonardo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400-283/42, do sinistro de DPVAT cobertura INVA IDE da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.303.543/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUZO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	291
Bairro		Complemento	—
JUREMINTA	Cidade	Estado	PIAUVI
CEP		CEP	64.500.000
		Telefone celular (DDD)	88-99409-3583
		Telefone comercial (DDD)	

De 27 de Agosto de 2018
Local e Data

Ramylere Martins Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca Vitória Ferreira da Silva

RG nº 2-260.905, data de expedição 07/05/18,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 998.658.153-20, com
domicílio na cidade de Olinda, no Estado de

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

Rua João Vitorino Ribeiro de Paiva, nº 316

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Italo Leonardo Ferreira da Silva cujo o condutor era

Italo Leonardo Ferreira da Silva

Veículo: PI - moto CICLO

Modelo: Honda - C6-160 - TITAN - EX

Ano: 2016

Placa: P20-0269

Chassi: 9C2KC2210HR502410

Data do Acidente: 22-07-2018

Local e Data: PI, Estrada Ribeirão das Flores à SANTA
Cruz (PE), no município de Olinda-PE - 22/07/18

Francisca Vitória Ferreira da Silva

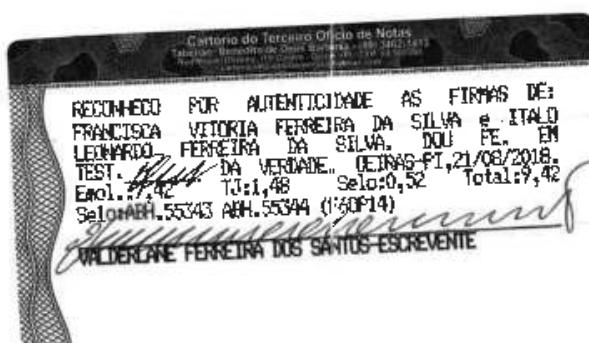
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

PPVAT

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



por AUTENTICO





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
POTONHO FRETTAS,
OEIRAS NOVA, OETRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553664001371
(69) 3462-1213 - ()

HOT - Picos

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P040528 Registro: 24233
Data: 22/07/2018 Hora: 21:16:00
Funcionário: SILVERIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 73 SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64500-000
End.: RUA JOAO NUNES, 346 - Bairro: RODAGEM DE Cidade: OEIRAS/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA
Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMOES DA SILVA SUS: 200583443510069
Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - 0 Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060116 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
22/07/2018 21:24 030101072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não

ANOTACOES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

Ednan Soares
458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

AA 21:25

CONDUTA MÉDICA

Transtil 100mg + 200mg SAPO2C deve ser de 30 minutos

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

Enxame e sutura

Picos (Nfgh) 20180722060037

Ednan Soares

S

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMOES DA SILVA



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Italo Leandro Ferreira da Silva

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/06/18

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
Ã	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0302010473	GLICEMIA CAPILAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<p>As 21:30hs Realizado curatagem de 4^o grau da ferida de corte localizada na face direita. Área cirurgiada com traqueostomia e catheterismo vesical.</p>		
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE**

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

FICHA RETORNO

ADMAT - Administração e Finanças - Telefones (88) 462-1782 - On-line - E-mail

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011120950258880000012360467>
Número do documento: 2011120950258880000012360467

Num. 13067534 - Pág. 25



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente: _____ Leito: _____ DN: / /

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 PRAÇA ANTENOR NEIVA,
 80300-000 Picos/PI - 64601-391
 CNPJ: 06.553.564/0102-81
 (89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069 Registro: 374866
 Data: 23/07/2018 Hora: 00:39:00
 Funcionário: REMEDIOS Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
Senha 2 **SUS**

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Nasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES

End.: PROJETADA, 13 - CASA 06

Cor: Parda

Telefone: (89) 9466-7212

Profissão:

Bairro: EXPOSIÇÃO

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Fratura exposta em 3^a e 4^a quinodáctilo
 do pé esquerdo

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica: Sócio de Mão Esquerda
 - AO ORTOPEDISTA

Paciente apresentando após exame radiográfico fratura
 exposta de 4 dedos (P)

Int: Internação hospitalar
 ANO José Andrade
 Orientações

Dr. Gustavo Félix
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:44:52

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

FJ CORRETORA
 DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

AX: 0ºC

FR: 0 rpm

SAT: 02: 0

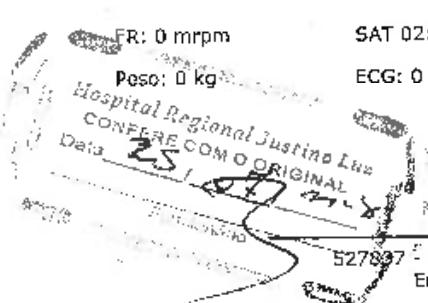
PC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

ECG: 0

Observação: NDN

Condução: AO CLÍNICO



Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Dr. G. Oliveira
 G. Oliveira
 G. Oliveira

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
 Paciente ou Responsável

6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
 Médico Responsável



BOLETIM DE ADMISSÃO

374866 - ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 23/03/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,4 MESES

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:079.303.543-00 RG: 4.183.133 CNS:200563443610009 SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA, N° 13 - CEP: 64600-000 Bairro: EXPOSICAO

Cidade: 2208007- PICOS/PI Profissão: ESTUDANTE Telefone: (89) 9466-7212

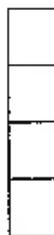
Pal: CARLOS JOSE DA SILVA Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - (89) 9411-4770 - O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado



Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado



Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina



-48 Horas
+48 Horas
Obito

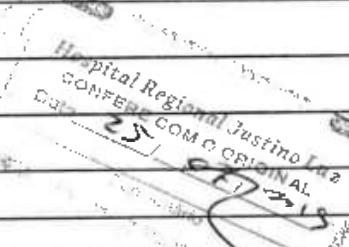
Transferido

História Clínica

*FJ CORRETORA
DE SEGUROS*

08 SET 2018

DPVAT



Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
2 - CNES: 4009622
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
4 - CNES: 4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
6 - N.º DO PRONTUÁRIO: 374866
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 200583443510009
8 - DATA DE NASCIMENTO: 23/03/1999
9 - SEXO: Masc. Fem.
10 - NOME DA MÃE: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA
11 - TELFONE DE CONTATO: (89) 9466-7212
12 - ENDEREÇO:
PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO:
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PICOS
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 2208007
15 - UF: PI
16 - CEP: 64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

→ Paciente vítima de acidente endurado com fratura de 4 QD na
B (exposta)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:

Ausmose + Estudo radiográfico + Exame Físico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

Fr exposta abd na B



20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fr exposta abd na B

21 - CID PRINCIPAL:

5026

22 - CID SECUNDÁRIO:

23 - CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Ortosefisa de 4 QD mao B

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

00810337

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

Supressão

27 - DOCUMENTO:

CNS CPF

28 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

037.953.883-09

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

A. Coutinho Fphys

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO:

23/07/2020

31 - ABS. E CARIMBO DO CONSELHO:

Ortopedia e Traumatologia
CEM PI 5111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - CNPJ DA SEGURADORA:

33 - N.º DO BILHETE:

34 - SÉRIE:

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE EMPRESA:

41 - CBO:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO:

M220800001

46 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CNS CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASS. E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO HOSP:

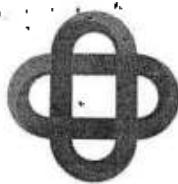
DE SEGURADORA

06 SET 2018

DPVAT

Assinatura paciente/Responsável





RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	<i>Flávio Leonardo Ferreira</i>	SE/ID	APT	LEITO
PRONTUÁRIO	CONVÉNIO	DATA		HORA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fractura de fêmur

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
DATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA	
<i>LMC + Fixação de fêmur</i> + Sutura		
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO		
<i>(1) Abordagem cirúrgica sob anestesia local</i> <i>(2) Anatomia e histerose</i> <i>(3) HMC exaustiva de fêmur faturado + fixação de fratura com K20</i> <i>(4) Hemostasia + sutura</i> <i>(5) Curativo</i> <i>(6) Encaminhado ao leito com alta cirúrgica</i>		
<i>Dr. Gustavo Félix</i> <i>Ortopedista e Traumatologista</i> <i>CRM-PI 8111</i>		

INTERCORRÊNCIAS

Fractura de fêmur

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAIS?	N.º DE PEÇAS:			LOCALIZAÇÃO	
MATERIAL ESPECIAL	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO	<input type="checkbox"/> ORTESE/TIPO	

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		CREMEB
CIRURGÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Dr. Gustavo Félix





PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 22/07/18

Paciente: Julio Fernández - Alvaro de Mijares - Lei

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM





SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO RIO
CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÕES	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA:	LEITO	LEITO	LEITO	R. MET.
1. DIETA LIVRE	12	12	12	
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MM/HG				
4. DIPRORNA 01 G + AD EV 6/6 h SN				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 s/N				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h SN				
7. CCGG+SSVV				
8. 1. Nutria 4000 mg/dia				
9. 2. Cetodex 2000 mg/dia				
10. Simeza 1000 mg/dia				
<i>Dr. Custodio Félix</i> Dr. Custodio e Traumatologista Ortopedia e Traumatologia CRM-MS/11		<i>DRS 09:00h paciente do Hospital Regional de Cascavel - PR Funcionário do Hospital Regional de Cascavel - PR Nascimento - Cascavel - PR SSVU 100% - Cascavel - PR</i>		





Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

23/7/18

ITAB: LEONANNE FERNANDE SANTOS

CIRCULANTE	Edilson da Silva	SALA Nº			
ENTRADA NA SO	7:05	INÍCIO DA ANESTESIA	07:10	INÍCIO DA CIRURGIA	07:15
SAÍDA DA SO	14:30	TÉRMINO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA CIRURGIA	14:30
CIRURGIA PROPOSTA		MINUTOS DE CIRURGIA	60	MINUTOS DE ANESTESIA	60
CIRURGIA REALIZADA		CRM	2º	INSTRUMENTADOR	CRM
CIRURGÃO	Edilson da Silva	ANESTESIOLOGISTA	Edilson da Silva		
ASSISTENTES: 1º					

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS	
		<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELETRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI	
SINAIS VITais INÍCIO: PA		SATO 98% FC 91	
SINAIS VITais TÉRMINO PA		SATO 99% FC 84	
TIPO DE ANESTESIA			
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JEJICO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE FLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU-PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JEJICO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (N+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	
<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> GINECOLOGICA <input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	
<input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> LATERAL, ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	
<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR		<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO DE CLORO HEXIDINA <input checked="" type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> PVP DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> PVP ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA			
<input type="checkbox"/> PVP TOPOICO			
PREPARO DA PELE			
PROCEDIMENTO REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR mg/dL			
<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA			
<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG			
<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO			
<input type="checkbox"/> MSD			
<input type="checkbox"/> MSE			
<input type="checkbox"/> OUTROS _____			
GARROTEAMENTO			
SERVIÇOS SOLICITADOS			
<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____			
<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA			
<input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> COXA			
<input type="checkbox"/> AP BARBEAR UNID _____ <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ <input type="checkbox"/> JEJICO Nº _____			
<input type="checkbox"/> SNG Nº _____			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO RX			
<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> OUTROS _____			
Nº DE FRASCOS NÃO SE APLICA			



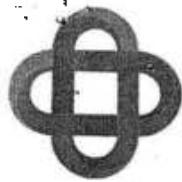


Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS		NOME					
Sexo	Sexo	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Sexo do Sujeito	Gr. Sanguíneo	Normal	Normal	Normal	Glicemia	Des. Uréia	
Exames de Unha							
Digestivo							
Respiratória			Aerata		Bronquite		
Sistema Respiratório			Sistema Urinário		Cistite		
Sistema Digestivo			Colite		Alastradas		
Estado							
Diabetes Hipertensão Hipertensão (Aguente e Dura)		Efusão					
Agentes Antestiméticos		Tolos e Doses					
Oxigênio 1 2 3							
Líquidos		Soruto 500 400 Sangue 300 200 outros 100-					
Temperatura		260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					
Pulso		30 32 34 36 38 40					
Início e Fim Anestesia		Sequência 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14					
Início e Fim Operação							
Respiração							
Símbolos		DIA 30/11/2020 HORA 09:50:26 SUS Hospital Regional Justino Luz UF PI CÓDIGO: 1234567890 Funcionário: 1234567890 Cadastrado para oper. imediatas					
Técnicas:		Duração					
Operações:							
Cirurgias:							
Anestesias:							

Gratuito. Pode ser: (86) 3222-0960





FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO	
				23/7/18			
PROCEDIMENTO				SALA			
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML					ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML / 10 ML					BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML					ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL					AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO					INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12		01			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO					STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA					USO DA SALA		
PVPI Clorina Alum 1000ML		1000	ML	3000	INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL					03:15	4:30	16:15 min
COLETOR DE URINA					OPERAÇÃO	CIRURGIÃO	
ESCOVA COM DEGERMANTE		2		2	ESTROSSINTESIS 4: PERDO G	ESTRUSO	
ATADURA COM CREPOM		03		02	AUXILIAR		
ATADURA GESSADA					ANESTESISTA	ANESTESIA	
ATROPINA					TIPO DE ANESTESIA	jornal	
KETALAR					INSTRUMENTADOR		
DIMORF					OCORRÊNCIAS		
NEOCAINA PESADA							
LIDOCAINA		2	ml	2			
PROPOFOL							
MIDAZOLAN							
DIAZEPAN							
TIOPENTAL							
EFORTIL							
DIPIRONA							
CEFAZOLINA		2	g	2			
FENTANIL							
FLUMAZENIL							
PLASIL							
VITAMINA K							
VITAMINA A							
OCITOCINA							
METHERGIN							
CAT-GUT SIMPLES							
CAT-CUT CROMADO							
FIO DE ALGODÃO							
NYLON		20	F	2			
VYCRYL							
PROLENE							
CLAMP UBLICAL							
PULSEIRA RN							
GAZE		10	PCT	10			
ESPARADRAPO							
LÂMINA DE BISTURI		15/24	1/2	3			
LUVA ESTÉRIL		1	par	3			
LUVA DE PROCEDIMENTO		4	PAC	4			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%		05		05			
SORO GLICOSADO 5%		01		01			
MANITOL							
RINGER LACTADO							
JELCO							
TUDO OROTRAQUEAL							
AGULHA STIMUPLEX							
EQUIPO							
AGULHA DE RAQUE							
TENOXICAM							

MÉDICO: *Justino*
ENFERMEIRA (O): *Lia*
TÉC. ENFER.: *Romina*





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AValiação, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUJO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 22/07/18 HORA: / / N° DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Hospital de Oeiras MUNICIPIO: Oeiras

MÉDICO: Walter Jesus CRM: 7500

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Italo Fernando Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: Masculino Feminino

HDA: Reveult na Hora da ida ao acidente automobilístico com futura esposa -
foram 3^o e 4^o quadrantes superiores
Solicita avaliação/conduta ortopédica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
3- Comandos
2- A dor
1- Nenhuma

RESPÔSTA VERBAL

- 5- Orientado
4- Confusa
3- Palavras Inapropriadas
2- Palavras Incompreensíveis
1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
5- Localiza dor
4- Movimento de retirada
3- Flexão anormal
2- Extensão anormal
1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T ax. 90 °C P: 90 bpm R: 120/80 mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicose: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio Hidratação Venenosa 07g 3/6
 Aspiração Medicação Tramadol
 Curativo Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HRJL (Picos)

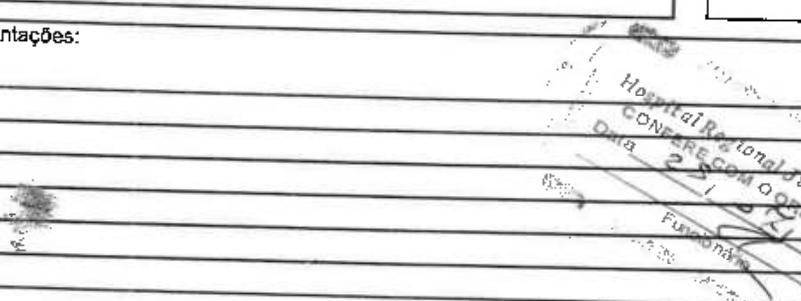
Clínica / Posto: Maeu / Ortopédica Senha: 20180722066037



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Upm Guaporé	Para:	MPJh (Paus)
Nome da Pessoa Encaminhada:	Italo Edvaldo Ferreira de Souza	Registro:	
Motivo do Encaminhamento:	<p>Reverteu a ferida de varonete motociclistico com fermeira exposta - um 3^o e 4^o graus de chlos expundos.</p> <p>Solução avaliada / condutor ortopédico</p>		
Observações:	Autu. 20180722066037		
02/07/18	an	02/07/18	02/07/18
Data:	Protocolado:	Assistido:	Assistido:

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
	
Data	Responsável pelo Encaminhamento
<p>OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.</p>	



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 PRAÇA ANTENOR NEIVA,
 BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
 CNPJ: 06.553.564/0102-81
 (89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069 Regist.: 374866
 Data: 23/07/2018 Hora: 00:39:00
 Funcionário: REMEDIOS Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 2

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Nasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS,4 MESES Profissão: Civil: CEP:64600-000
 End.: PROJETADA, 13 - CASA 06 Bairro: EXPOSICAO Cidade: PICOS/PI
 Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-7212 Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Fratura exposta em 3^º + 4^º quinodactilo
 do pé esquerdo

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica: Soluto R de Mão Esquerda
AO ORTOPEDISTA

Paciente apresentando dor entre metatarso e fratura
exposta de 4º dedo (P)

id: Interno Hospital
ANJOSE e Duoljane
Orientações

Dr. Gustavo Félix
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:44:52

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

PJ CORRETO DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

SAT: 0%

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Observação: NDN

Conselho: AO CLÍNICO

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Peso: 0 kg

ECG: 0

Dor:

527837 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Dr. G. F. 06/07/2018

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
 Paciente ou Responsável

6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
 Médico Responsável





SERVIÇO DE IMAGEM E DIAGNÓSTICO

- RAIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA
- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Italo Leonardo Ferreira da Silva

Número: 1149

Data Exame: 15/10/2018

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

RELATÓRIO

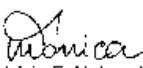
O estudo radiológico da mão, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo.
- Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo .
2. Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo .




Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira

CRM 1938

SID • Av. Totônho Freitas, Nº 240, Oeiras-PI - CEP: 64500-000 / Hosp. Maternidade Bom Jesus dos Passos
Telefones: (89) 3462-4441 / 3462-4098 / CNPJ: 09.294.123/0001-57



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 41

Atendimento	1052484
Data:	23/07/2018
Hora:	0:39

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
KLEBIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

374866 - ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 23/03/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,4 MESES

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:078.303.543-00 RG: 4.183.133 CNS:200583443510009 SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA, N° 13 - CEP: 64600-000 Bairro: EXPOSICAO

Cidade: 2208007- PICOS/PI Profissão: ESTUDANTE Telefone: (89) 9466-7212

Pal: CARLOS JOSE DA SILVA Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Responsavel: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - (89) 9411-4770 - O MESMO

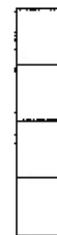
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado



Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado



Removido
Pedido
Evasão



-48 Horas
+48 Horas
Óbito

Transferido

História Clínica

*FJ CORRETORA
DE SEGUROS*

06 SET 2018

DPVAT

*Hospital Regional Justino Luz
CONFIRA COM O ORIGINAL
ESTAMOS
DISPONIB*

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ	4009622
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ	4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA	374866
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
200563443510009	23/03/1999
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE
<input checked="" type="checkbox"/> 1	FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA
11 - ENDEREÇO	12 - TELEFONE DE CONTATO
PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO	(89) 9466-7212
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
PIPOS	PI
16 - CEP	64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Paciente vítima de acidente endurado com fratura de 4 ossos
 (exposta)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Auxiliante + Estudo radiográfico + Exame físico

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

Rx exposita dia no 08

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 25/09/2018
Funcionário: Z
Assinatura: [Signature]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fix exposita dia no 08

21 - CID PRINCIPAL

S02.6

22 - CID SÉCONDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortose fixa de 4 ossos

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04802039

26 - GÊNERO

Sexo: Masculino

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Exposita

28 - DOCUMENTO

CNS CPF

037.953.883-09

037.953.883-09

037.953.883-09

037.953.883-09

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Guitavo Teixeira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO RÉGISTRO DO CONSELHO)

Ortopedia e Traumatologia

EM-15111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
 34 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO
 35 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA ASS. E CARIMBO (Nº DO RÉGISTRO DO CONSELHO)

M22080001

06 SET 2018

45 - DOCUMENTO

CNS CPF

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

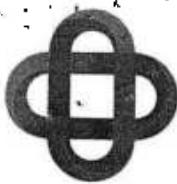
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO RÉGISTRO DO CONSELHO)

**DELEGACIA
DE SEGUROS**

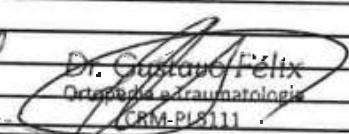
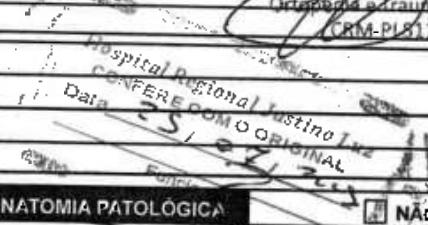
DPVAT

Assinatura paciente/Responsável





RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		Fabrício Leonardo Ferreira Silva		SEXO	APT	LEITO
PRONTUÁRIO		CONVÉNIO		DATA		HORA
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO						
<u>Fr exposto 4/03 mao R</u>						
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA						
DATA		INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA		
CIRURGIA PROPOSTA		LHC + Fixação Periarticular + Sutura		CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO						
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA						
DESCRÍÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO						
<p>① Colocou seu DDP sob amento local</p> <p>② Anestesia e sutura</p> <p>③ HMC exativa de topo fraturário + fixação de fratura estio K 20</p> <p>④ Hemostasia e sutura</p> <p>⑤ Curativo clínico</p> <p>⑥ Encaminhado ao leito com interconsulta</p>						
 Dr. Gustavo Félix Doutor em Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 8111						
INTERCORRÊNCIAS						
 Hospital Regional Justino Luz CONFERIDO ORIGINAL Data: 25/11/2020						
ANTIBIOTERAPIA		<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM		ANATOMIA PATHOLÓGICA		
QUAIS?				N.º DE PEÇAS:		
MATERIAL ESPECIAL		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE TIPO		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
MEDICAMENTOS UTILIZADOS						
TIPO DE ANESTESIA		ANESTÉSICO			DURAÇÃO	
ANESTESISTA					CREMEB	
CIRURGÃO		Dr. Gustavo Félix		CREMEB	ASSINATURA	
1º CIRURGÃO AUXILIAR		Dr. Flávio Henrique		CREMEB	ASSINATURA	
2º CIRURGÃO AUXILIAR				CREMEB	ASSINATURA	

Dr. Gustavo Félix





ESTADO DE
SANTA CATARINA
CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018



NOME: HD: <i>Edson Maia</i>		Rx			
DATA: <i>10/07/18</i>		ALAC	APTO	LETO	R. MET.
PREScrição MÉDICA					
ITINÉRARIO DE MEDICAÇÃO					
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA	<i>L.</i>				
2. JELCO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1G AMP TV 6/6 HORAS					
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS					
5. CAPTOPRIL 25 MG-01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG					
6. TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N					
7. TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N					
8. CONDANSSETRONA 8 MG + AD IV 8/8H S/N					
9. CEFALOTINA 1G + AD IV 6/6H					
10. FISIOTERAPIA MÓDERA					
11. HEPARINA 5000UI SC 8/8H					
12. CCGG + SSVV					
<i>Rx OK</i>					

Assinado por: Dr. Maia
Hospital Regional Justino Lutti
CONFERE COMO ORIGINAL
Data: 10/07/2018
Funcionário: ENFERMEIRO
COREN-PI-45058



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Nelva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Nélva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos - PI

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

ITAIC LEONANOS FERNANDE SIND

23/7/18

CIRCULANTE	Edson	SALA N°			
ENTRADA NA SO	21:01	INÍCIO DA ANESTESIA	03:10	INÍCIO DA CIRURGIA	03:15
SAÍDA DA SO	7:35	TÉRMINO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA CIRURGIA	9:30
CIRURGIA PROPOSTA:	03. Tumor de colo de útero	CRM	2	INSTRUMENTADOR	CRM
CIRURGIA REALIZADA		ANESTESIOLOGISTA	NAO		
CIRURGÃO	Eniavao	CRM			
ASSISTENTES: 1º					

MONITORIZAÇÃO		SÍMBOLOS	
			PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
			ELETRODOS
			INCISÃO CIRÚRGICA
			OXIMETRIA DE PULSO
			PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO 98% FC 91		SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO 99% FC 84	
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO 99% FC 84			

TIPO DE ANESTESIA							
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL, COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIODAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TOPICA	<input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> COM CATETER <input type="checkbox"/> SEM CATETER				
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MASCARA DE INGEA N° _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS				
DE SECURAS							
POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA				<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICO <input type="checkbox"/> LITOTÓMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENOELEMURG <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER
PREPARO DA PELE				<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO <input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA <input type="checkbox"/> REALIZADA POR	<input type="checkbox"/> PVP DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> PVP ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO DEIRO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLOROHEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> POMPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> PVP TÓPICO
PROCEDIMENTO REALIZADOS				<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> mgd	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> OUTROS

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL N° _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY N° _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA	<input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> UNID	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID	<input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> JELCO N° _____
--	--	---	--	--

GARROTEAMENTO				
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH <input type="checkbox"/> BRAÇO	UNID	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO mmHg <input type="checkbox"/> COXA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO			
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO _____ <input type="checkbox"/> TÉRMINO _____			

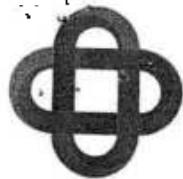
SERVIÇOS SOLICITADOS			
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> N DE FRASCOS _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> OUTROS _____	





Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.





FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
				23/7/18		
PROCEDIMENTO				SALA		
				APARELHAGEM		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 1 ML 3 ML				BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML / 10 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	01			STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	2		2			
ATADURA COM CREPOM	03		02			
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCÁINÁ PESADA						
LIDOCÁINA						
PROPOFOL	2	ml	20			
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTEL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL	2	g	2			
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCTOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-CUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	20		2			
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UBLICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	10	PCT	10			
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI	15/24	1/2	3			
LUVA ESTÉRIL		1m	1			
LUVA DE PROCEDIMENTO	4	PCT	4			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	05	05	05			
SORO GLICOSADO 5%	01	01	01			
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUDO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						

1) CORRETOR
DE SEGUROS

C OUT 2018
Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
23/12/2018
Funcionário
Assinatura

PVAT

MÉDICO: *Gustavo*
ENFERMEIRA (O): *Juá*
TÉC. ENFER.: *Zanu*





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 12/07/18 HORA: / / N° DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Hospital de Oeiras MUNICÍPIO: Oeiras

MÉDICO: Gilson Sales CRM: 71660

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Italo Henrique Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: Masculino Feminino

HDA: Paciente intubado em decorrência de acidente motociclistico com fratura exposta
foram 3º e 4º quadântilos expostos
Sintomas anêmicos/conduta estíptica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras Incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3-Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. 36,5 °C P: 90 bpm R: 16 mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicemias: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio
- Hidratação Venenosa
- Aspiração
- Medicação
- Curativo
- Outros:

1 CORRETOR

DE SEGUROS

07/07/2018

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HRJL (Picos)

Clínica / Posto: Náutica / Ortopédica Senha: 20180722066037



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

upa 01005

Para

Hospital (Cruzeiro)

Nome da Pessoa Encaminhada:

Italo Henrique Ferreira da Silva

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Bennetti relata dor de cintura motociclistico com futura
exposta em 3^o e 4^o quadrisctos expundos.
Solutio analgico (condutor ortopedico)

Observações:

Acabou: 20180722066037

20/07/18
Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde,
Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

PI CORRETORA
DE SEGUROS

11/07/2018

DPVAT

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida
ao local da origem através do próprio
paciente devidamente fechada.

Data

Responsável pelo Encaminhamento





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 22/07/18

Paciente: Edna Fernandes Freira da Silva Leito: 241 031 D.N.: 241 031 1999

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

23/10/18 Paciente encaminhada pra Dr. R. M. L. C. PT. Encaminhado no Hospital Regional de HRDC com suspeita de tuberculose. Edna Fernandes Soares 2015 17/22/166037. Estado: 23/10/18

Informo que não fiz a TBC

Corrigido

*Corretores
desseguros*

ACEITO

OPVAT





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ

HRDC

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E QUEM POSSA INTERESSAR QUE O PACIENTE, ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/07/2018, APRESENTANDO FRATURA COMUNITIVA NA MÃO ESQUERDA, TRAUMA COM FERIMENTO PROFUNDO NO CALCANEU E JOELHO E ESQUERDO, FEITO ANALGESSICO, ANTIFLAMATÓRIO, SUTURA, CIRURGIA PARA FIXAR PINOS NA MÃO ESQUERDA, EXAMES E FISIOTERAPIA, FOI EXAMINADA POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO (MÃO ESQUERDA) E 30% NO (M.I.E), SEQUELADO.

DATA DA ALTA, 08/11/2018.

OEIRAS, 08 DE NOVEMBRO DE 2018.

DR: NILSON CRONEMBERGER



Hospital Regional Deolindo Couto - Oeiras - H.R.D.C Av.Rui Barbosa, 586
3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013 - 71

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 54



PJ CORRETO
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 55



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2013

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
<http://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467>
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 56

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETAN - PI 9020170105057 N° 013029004669 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.NTR.C	EXERCÍCIO
1	1103477096		2017
NOME FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA			
<small>REQUERENTE DE REGISTRO DE VEÍCULO</small>			
CPF / CNPJ	PLACA		
99865815320	PI0-0269		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
-	9C2KC2210HR502410		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NEENHUNA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO			
HONDA/CB 160 TITAN EX	ANO FAB.	ANO MOD.	
002P/162CC	2016	2017	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
	PARTIC	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P		1º IPVA	
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	
A		3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO	PAGO		
<small>OBSERVAÇÕES</small> R/DM R/DM P/ICOS MOTOS P E SERVICOS			
DEIRAS	LOU	DATA 2/10/2017	
<small>ARAO MARTINIS DIRETOR GERAL DO DETAN - PI</small>			

PI N° 013029004669 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	99865815320	2017	2/10/2017
RENAVAM		PLACA	
1103477096		PI0-0269	
MARA / MODELO			
HONDA/CB 160 TITAN EX			
ANO FAB.	CST TARE	Nº CHASSI	
2016	09	9C2KC2210HR502410	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,28	9,03	90,31	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4,15	0,70	185,50	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	26/09/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT <small>CNPJ 09.348.888/0001-06</small>			

**FJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509794 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG 4.183.133 - SSP - PI
CPF: 079.303.543-00
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Rua João Vargas N° 316 - Bom Jardim de Picos
CEP: 64500-000 - OESTE - PIACAS
Telefone: (89) 99471-8109

OUTORGADO:

Nome: RIVIERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG 3.164.096 - SSP - PI
CPF: 096.400.328-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. 12m 2º Experiente 107-241 - Jardim Inter
CEP: 64500-000 - OESTE - PIACAS
Telefone: (89) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

3º Ofício

Deras 27 - 21/08/2018

Local e data

RECETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

ITALO

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Assinatura do OUTORGANTE

Firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório do Terceiro Ofício de Notas
Av. Presidente Dutra, 100 - Centro
CNPJ: 03.342.141/0001-01

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO
LEONARDO FERREIRA DA SILVA. DOU FE. EM
TEST. DA VERDADE. DE RAS-PI, 21/08/2018.
Evol: 4,71 Tl: 0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71
Selos ABH-55342 (F60P14)

WILDERLINE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE



DPVAT

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG 4.183.133- SSP-PI
CPF: 079.303.543-00
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Rua João Vazquez N° 316 - Bomberê de Piau
CEP: 64500-000 - Oeiras - Piau
Telefone: (86) 99471-8109

OUTORGADO:

Nome: RIVIERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG 3.164.096- SSP-PI
CPF: 046 400 2283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Av. Dom Expedito Lopes 241 - Jardim Inter
CEP: 64500-000 - Oeiras - Piau
Telefone: (86) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

3º Ofício

Devas. 25 - 21/08/2018.

Local e data

AJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Assinatura do OUTORGANTE

firma por autenticidade/verdadeiro)

DPVAT

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO
LEONARDO FERREIRA DA SILVA, DOU FE. EM
TEST. DA VERDADE. DEVAS-PI, 21/08/2018.
Enol: 0,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 14,71
Selos ABH.55342 (F60P14)

WALDEANE FERREIRA DOS SANTOS - ESDEVENTE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467
Número do documento: 20111209502588800000012360467

Num. 13067534 - Pág. 60

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396005/18

Número do Sinistro: 3180509794

Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180509794**
Vitima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509794**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549506

