

REPUBLICA ARGENTINA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADIAS

DETALHAMENTO DO BILHETE DO SEGURO DPVAT
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO: 200701938 ANO: 2019

CHASSI: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

CHASSI: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

ANEXOS DO BILHETE DO SEGURO DPVAT

PI Nº 013937137881 BILHETE DO 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

EXERCÍCIO: 2019 DATA: 17/5/2019

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

PLACA: 00000000000000000000

SEGURO LIDER - DPVAT

CHASSI 00000000000000000000





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDIMIR ALVES DOS SANTOS
inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.807, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOÃO LUIS NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.931.853, 85
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOÃO LUIS NUNES
inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.931.853, 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>RUA JULIA SOARES</u>	Número: <u>291</u>	Complemento: <u>CHÁ</u>
Bairro: <u>IBERA</u>	Cidade: <u>FORQUILHA</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>MAZINHO SEGUROS@LBTMAIL.COM</u>	CEP: <u>64806-405</u>	Tel.(DDD): <u>169199423 5886</u>

Local e Data: FORQUILHA - PR 17-01-20

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 2349863-3	Hidrometro A04N236779	Referência DEZ/2019
Nome/Razão Social/Endereço EDUAR ALVES DOS SANTOS RUA JULIA SOARES, 291A TIBERAO FLORIANO 64806405		
AG= 80		
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.
Inscrição 41 8 01 0165 0205-000		
Intervalo de Consumo 30/11/2019 03/01/2020		
Dias Consumo 34		
Histórico de Consumo		
Mês/Ano	Letra	Consumo
06/19	2301	16
07/19	2317	16
08/19	2333	16
09/19	2349	16
10/19	2365	16
11/19	2381	16
12/19		16
Forma de Faturamento 2-HIDROMETRO DANIFICADO		
Cód. Responsável 907973590		Código de Verificação 01
Consumo Médio 16	Consumo Fato Água	Consumo Fato Esgoto
Consumo 16	Consumo Faturado 16	
DESCRIÇÃO DA FATURA		
Cód. AGUA AGUA	Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO	Valor (R\$) 66,47 2,35

VENCIMENTO 09/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 68,82
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$144,09
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2914-2011-MN							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Asento	Asento
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.09	1.03	7.02		0.00	0.00	
Preserve a qualidade da água, lave os reservatórios semestralmente.							
Conclusão							
Mensagem							
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

AGESPISA Água e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888	Inscrição 41 8 01 0165 0205-000	AG= 80
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matricula 2349863-3
VENCIMENTO 09/01/2020		Referência DEZ/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 68,82		
82610000000-7 68820001822-6 34986331220-4 19000000001-7		





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0706265-6

EQUATORIAL PLAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 31516991

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
24/12/2019

CONSUMO (kWh)
274

TOTAL A PAGAR (R\$)
292,49

EDIMAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERAO 291-A - B-URBANO
CPF: 00074808680300
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 196.800.13.15.042300

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	2864	Atual:	17/12/2019
Anterior:	2590	Anterior:	19/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/01/2020
Consumo Medido:	274	Emissão:	16/12/2019
Consumo Faturado:	274	Apresentação:	17/12/2019
	FCAM*		
Forma de Faturamento: NORMAL		Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo: 28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2192262		1.1.1.1	291

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	274 A R\$ 0,914371 = 250,53
NOV/19 645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,00
OUT/19 437	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00	2,17
SET/19 451	MULTA POR ATRASO (2X)	20,73
AGO/19 305	JUROS POR ATRASO (2X)	7,06
JUL/19 291	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,22
JUN/19 282	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,47
MAI/19 179		
ABR/19 171		
MAR/19 191		
FEV/19 192		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
8 A 274 - 0,639842		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode obter mais dados de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre um contrato por mais dias usando a opção de atendimento.
RESERVADO AO FISCO 3980.25BF.64FA.BDCA.8CFB.6778.D86D.C063

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	51,27			Base de Cálculo:	250,53	182,89	
Energia:	99,09			Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	16,76			Valor do ICMS:		67,64	
Encargos:	8,20			Valor do PIS:	0,73%	1,35	
Tributos:	75,21			Valor do COFINS:	3,40%	6,22	
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			PIC			DMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Realizado	0,00			0,00			0,00
Consumo FLORIANO				Período de apuração: 10/2019			
				R\$ 154,74			

ROT: 196.800.13.15.042300



EQUATORIAL PLAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0706265-6

TOTAL A PAGAR - R\$

292,49

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

24/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 31516991

FCAM*

83660000002 7 92490017000 3 00000000706 2 26561219008 1



COMPANHIA ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0696930-5

Nº da Nota Fiscal 022794803

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOV /2019	14/11/2019	64	40,45

MIGUEL CEZARIO C CAVALCANTE CONJ SALINAS
CJ MARTINS MENDES DE CARVALHO 3 Q-09 B-RURAL

CPF: 000000000000000000

DATAS DA LEITURA

CEP: 64.550-000 - SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

DATAS DA LEITURA

Atual:



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0706265-6

EQUATORIAL PLAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 31516991

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
24/12/2019

CONSUMO (kWh)
274

TOTAL A PAGAR (R\$)
292,49

EDIMAR ALVES DOS SANTOS
R. PROJETADA 291 TIBERAO 291-A - B-URBANO
CPF: 00074808680300
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 196.800.13.15.042300

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	2864	Atual:	17/12/2019
Anterior:	2590	Anterior:	19/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/01/2020
Consumo Medido:	274	Emissão:	16/12/2019
Consumo Faturado:	274	Apresentação:	17/12/2019
	FCAM*		
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2192262		1.1.1.1	291

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
NOV/19 645	CONSUMO 274 A R\$ 0,914371 =	250,53
OUT/19 437	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,00
SET/19 451	CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00	2,17
AGO/19 305	MULTA POR ATRASO (2X)	20,73
JUL/19 291	JUROS POR ATRASO (2X)	7,06
JUN/19 282	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,22
MAI/19 179	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,47
ABR/19 171		
MAR/19 191		
FEV/19 192		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
8 A 274 - 0,639842		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3980.25BF.64FA.BDCA.8CFB.6778.D86D.C063

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	51,27			Base de Cálculo:	250,53	182,89	
Energia:	99,09			Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	16,76			Valor do ICMS:		67,64	
Encargos:	8,20			Valor do PIS:	0,73%	1,35	
Tributos:	75,21			Valor do COFINS:	3,40%	6,22	
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			PIC			DMIC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Realizado	0,00			0,00			0,00
Consumo FLORIANO				Período de apuração:	10/2019	R\$	154,74

ROT: 196.800.13.15.042300



EQUATORIAL PLAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0706265-6

TOTAL A PAGAR - R\$

292,49

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

24/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 31516991

FCAM*

83660000002 7 92490017000 3 00000000706 2 26561219008 1





SAMU ESTADUAL REGISTRO DE OCORRÊNCIA



SAMU
192

AMBULÂNCIA ACIONADA: BR 230

LOCAL DA OCORRÊNCIA: USB 04

NOME DO PACIENTE: JOAO LUIZ NUNES

SEXO: ☒ M 18.40

IDADE: 19.08

SAÍDA DO P.A. 19:46

CHEGADA AO LOCAL 20:27

SAÍDA DO LOCAL 19:46

CHEGADA AO HOSPITAL 20:27

SAÍDA DO HOSPITAL 20:27

CHEGADA DO P.A. 20:27

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ URGÊNCIA CLÍNICA ADULTA
10- ☐ URGÊNCIA CLÍNICA PEDIÁTRICA
11- ☐ ÓBITO DURANTE TRANSPORTE
12- ☐ ÓBITO ANTES DO SOCORRO
13- ☐ TROTE
14- ☐ REMOÇÃO ANTECIPADA

- 15- ☐ NÃO REMOVIDO
16- ☐ TRANSFERÊNCIA
17- ☐ REMOÇÃO ANTECIPADA
18- ☐ EVADIU-SE DO LOCAL
19- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
20- ☐ OUTROS
21- ☐ JÁ REMOVIDO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☒
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILAS:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 130 x 90
PULSO 64
RESPIRAÇÃO 18
SATURAÇÃO 98
GLICEMIA 36.21
TEMPERATURA 36.2

OBSERVAÇÕES:

Paciente sofreu queda de bicicleta com fraturas em M. Dec e M. Dec. com suspeita de fratura em MTD.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☒ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO

H. R. T. N. Floriano, Piauí
Assinatura

Assinatura



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 202746.000076/2019-54

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Ivan Monteiro De Carvalho

Data/Hora: 20/09/2019 - 09:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Data/Hora

28/05/2019 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

EM SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

PRÓXIMO A ENTRADA DE SÃO FRANCISCO

Ponto de Referência

573844

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO LUIS NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1.165.126 SSP PI

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA

Pai: JOSÉ MARIA NUNES

Endereço: CINJUNTO MARTINS MENDES DE CARVALHO, Nº S/Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9442-3148

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.	NXR150 BROS ES	2010	NIF4455	9C2KD0510AR016627	208701958	Preta

Condutor: ERASMILDO DE SOUSA BARBOSA

End: CONJUNTO MARTINS MENDES Número: S/Nº Complemento:

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ERASMILDO DE SOUSA BARBOSA

End: CONJUNTO MARTINS MENDES Número: SN

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, por volta das 19:00 do dia 28/05/2019, trafegava sentido SÃO FRANCISCO-PI a NAZARÉ-PI, de carona com seu amigo ERASMILDO (proprietário e condutor do veículo), QUE próximo a entrada de SÃO FRANCISCO, colidiram com um animal (jumento), QUE em decorrência da batida o noticiante fraturou o tornozelo direito, QUE foi socorrido pelo SAMU, QUE imediatamente foi encaminhado para o HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES EM FLORIANO-PI, QUE ficou 8 dias internado, QUE foi submetido a procedimento cirúrgico as 18:00 do dia 04/06/2019.

Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JOÃO LUIS NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Reiko Leal Paraflo
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 000.931.853-85 4 - Nome completo da vítima: TOAO LUIS NUNES

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

5 - Nome completo: TOAO LUIS NUNES 6 - CPF: 000.931.853-85
7 - Profissão: LAURADOR 8 - Endereço: CONJ. MARTINS MENDES Q. 09-C. 03 9 - Número: 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MUNICIPIO 12 - Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ 13 - Estado: 14 - CEP: 64550-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 189 444235886

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 971 (Informar o dígito se existir) CONTA: 26397 (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivos/não)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLOPANO - PI, 17-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA: 0971 CONTA: 26397

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FIRST DATA DO BRASIL
NSU FDB-ON: 001316100505 NS: 06528854

Data: 18/01/2020 Hora de Brasilia: 15:51

Deposito em Conta Corrente

Favorecido

Banco : 237

Agencia: 00971 - FLORIANO

Conta : 0000000026397-4

Nome : JOAO LUIS NUNES

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro :

10,00

Valor em cheque :

0,00

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036430

Vítima: JOAO LUIS NUNES

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO LUIS NUNES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO LUIS NUNES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000971-7

Conta: 0000026397-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036430

Vítima: JOAO LUIS NUNES

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO LUIS NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO LUIS NUNES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00971-7

CONTA: 000000026397-4

Nr. Autenticação

BRDESCO1102202005000000000023700971000000026397168750 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOÃO LUIS NUNES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: LAURADOR
Identidade: 1.165.126 CPF: 020.931.853-85
Endereço: CONJ. MARTINS MENDES CARVALHO 3-D-09

PROCURADOR:

Nome: Edimar Alves dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil:
Profissão: Autônomo
Identidade: 1.585.662 SSP - PI CPF: 748.086.803-00
Endereço: Rua Julia Soares nº 291 Floriano - PI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors, e Corretores), para fins específico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE e DAMS)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Local e data



João Luis Nunes

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-006
Fone: (88) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOÃO LUIS NUNES. DOU
FE. EM TEST. João Luis Nunes DA VERDADE. FLORIANO-PI, 16/01/2020.
Selo: AAR68754-77NP www.tjpi.jus.br/portalexta.
OSWALDO EMÍLIO AIRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESCREVENTE
Esel: 13,85 TJ: 0,77 FIDIP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 2
PROCURAÇÃO PARTICULAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Número do Sinistro: 3200036430

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOAO LUIZ NUNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

194170

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
209956763180002

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/04/1963

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

10 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

12 - ENDEREÇO

MARTINS MENDES DE CARVALHO, 0 - ZONA RURAL

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2209708

15 - UF

PI

16 - CEP

64550-000

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SAO FRANCISCO DO PIAUI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de motocicleta com
fratura de escafóide lateral do R

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Remoção do TTO fixado

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

Ampl + Encefalo + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3912 REG. 13135

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 18/07/2019

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Atendimento	1074805
Data:	28/05/2019
Hora:	21:06

BOLETIM DE ADMISSÃO

194170 - JOAO LUIZ NUNES

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 26/04/1963 - 56 ANOS, 1 MÊS, 2 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX20 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
C/N: SIS Prenatal:

CPF: 020.931.853-85 RG: Bairro: ZONA RURAL

Endereço: MARTINS MENDES DE CARVALHO, N° 0 - CEP: 64550-000

Cidade: 2209708- SAO FRANCISCO DO Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9941-91422

Pai: JOSE MARIA NUNES

Responsável: JOAO LUIZ NUNES - (89) 9941-91422 - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

La de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: _/_/_

Alta: _/_/_

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Plorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

Rx de TDM de abd + tom ligam de abd

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COMO ORIGINAL
DATA 28/07/2019
ASSIN.

Dr. Alexandre Magno
CRM: 3020 / EPS - PI: 4452
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA

Evolução Clínica

Atendimento
1074805

Paciente
JOAO LUIZ NUNES

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

Data/Hora

s/ anotação

Dr. Alexandre Magno
CRM-MA: 39207 / RPP: 4462
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12.07.2019
ASSIN. 

BOLETIM CIRURGICO

1074805 - JOAO LUIZ NUNES

Data: 28/05/2019

Diag. Cirúrgico: Fx de Malavole lateral do tornozelo + Lesão ligamentar do tornozelo

Cirurgia: Osteotomia / Punção de ligamento do tornozelo

Descrição da Cirurgia: Pós - 0014 88 Ant

Pós 1 Ant

Após o op

curar o defecto e curar

LMC - Redução art + pós o pte op

sem pte

Alexandre Magalhães
CRM: 39207 / CRM-PI 4452
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12.07.2019
ASSIN: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU _____
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ À
RUA _____ IDENTIDADE
Nº _____ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
_____ ABAIXO ASSINADO DECLARO:

() AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.

() AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____

() NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.

() NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.

() NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.

() ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.

(&) AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: _____ *Jonas Batista da Silva*

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO, 04 DE Junho DE 2019





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO-OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: João Luiz Nunes Reg. Sem: 194170
Cirurgia: otomastectomia de Tiroide "D" Sala: 05
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Silva
Instrumentador: Indorval Circulante: Guaciana + Mariana
Data: 04/06/19 Início: 18:00 Término: Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA	<u>Dimonta</u>	<u>01 amp</u>		
	ALBUMINA HUMANA	<u>Bupitacina</u>	<u>01 amp</u>		
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		<u>05 amp</u>		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		<u>01 Frasco</u>		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		<u>01 amp</u>		
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOGORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<u>01 Frasco</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
TIBÉRIO NUNES - PIAUÍ
CONF. COM ORIGINAL
DATA 12/07/2019
ASSIN. [Assinatura]

07	CO2	
08	CREPON	04 und
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 und
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	01 und
16	GASES	05 pacotes
17	GESSO	
18	KIT TORÁCICO	
19	LUVA ESTÉRIL	05 pares
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS	05 pares
21	LÂMINA DE BISTURI Nº 15	
22	LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01 und
23	LENTE INTRAOCULAR	
24	MÁSCARAS	05 und
25	OXIGÊNIO	
26	POVIDINI TÓPICO	
27	POVIDINI DEGERMANTE	10 ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTAVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTAVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTAVEL 5mm	01 und
32	SERINGA DESCARTAVEL 10mm	01 und
33	SERINGA DESCARTAVEL 20mm	01 und
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURIGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM () NAO (x)
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM () NAO (x)
RECURSOS TERAPÊUTICOS		
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		
FIOS		
01	CROMADO COM AGULHA Nº	11 VICRYL 8
02	CROMADO S/ AGULHA	12 CERA P/ OSO
03	FIO DE ALGODÃO	13 FITA CARDÍACA
04	FIO DE SEDA	
05	KIT OFTALMOLÓGICO	
06	LIG CLIPS	
07	MONONYLON Nº 2-0	03 und
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01 und
10	VICRYL 0	0-0-02 und



SAÚDE
Secretaria do Estado
da Saúde / SESAP

Piauí
GOVERNO DO ESTADO



**Hospital Regional
Tiberio Nunes**

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -
CHECK LIST PRÉ-OPERATORIO**

Nome do Cliente: José Luiz Nunes

Data de nascimento: 26/04/63

Prontuário: 19.4170

Enf/ Leito: P5

Data do Procedimento: 04/06/19

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: (✓) Sim () Não Horário SSVV: 17:00h T: 36,6°C FC: 70 bpm FR: 12 irpm PA: 120 x 70 mmHg

Glicemia Capilar: 84 mg/dl Acesso Venoso: (✓) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) Febrao 00 / 04.06.19

SNG () SNE () Drenos (especificar):

Jejum (✓) Sim () Não A partir das: 06:00h

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário.

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: (✓) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada (✓) Não

Higienizado: (x) Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: () Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: (x) Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário:

Hora do Encaminhamento ao CC:

Prontuário completo com ficha de internação (x) Sim () Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

Katianeide Barcelho
ENFERMEIRO

Tiberio Nunes S. Lúcio
Téc. em Enfermagem
COREN-PI 668.982

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - CHECK LIST

Nome: João Luis Silva

Procedimento: extirpação de

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: M. do

Anestesiista: M. do

Instrumentador: André

Enfermeiro: André

Circulante: João

ANESTESIA	ANESTESIA	ANESTESIA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): ☒ Sim ☐ Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: ☒ Sim ☐ Não	Confirmar nome realizado: <u>este</u>
Demarcação: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica	Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente, Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado: ☒ Sim ☐ Não	Número de comp sutura: <u>10</u>
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesiista: ☒ Sim ☐ Não	PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h30</u>	Contagem dos instrumentos no término: ☒ Sim ☐ Não
P.A. <u>104x58 mmHg</u> SpO2: <u>98%</u> 68 bpm	Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? ☐ Sim ☒ Não	Pegadas anatômicas e acondicionadas e preenchidas? ☐ Sim ☐ Não
Vias aéreas difíceis ou risco de aspiração: ☒ Não ☐ Sim	Preparo da pele? ☒ Sim ☐ Não	Algum problema ser resolvido? ☐ Sim ☐ Não
Equipamentos e materiais disponíveis e funcionantes? ☒ Sim ☐ Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? ☒ Sim ☐ Não	P.A. <u>104x58 mmHg</u>
Risco de perda sanguínea > 500ml: ☐ Sim ☒ Não Reserva sanguínea? ☐ Sim ☒ Não	Equipamentos e instrumentais revisados? ☒ Sim ☐ Não	Recomendações recuperação pós desse cliente:
Acesso venoso adequado e pérvio? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? ☒ Sim ☐ Não	
Consentimento anestésico e cirúrgico: ☒ Sim ☐ Não ☐ AVC ☒ AVP	Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) ☐ Sim ☒ Não Número de compressas antes do procedimento: <u>10</u>	
ENFERMEIRO: <u>André</u>	P.A. <u>98x49 mmHg</u> SpO2: <u>95%</u> P: <u>63 bpm</u>	
TEC. EM ENFERMAGEM: <u>João</u>		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Alexandre</u>		

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>mar Luiz Nunes</u>						Registro: <u>194170</u>		
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____				
Data <u>4/6/19</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréla		
Exame de Urina								
Função Respiratória								
Sistema Circulatório					Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório					Assina		Bronquite	
Sistema Digestivo				Sistema Urinário				
Estado Mental				Corticóides		Atarâxicos		
						Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fractura Torácica (0)</u>					Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos	Oxigênio	LIQUIDO Soluto 500 Sangue 300 Outros 100 Temperatura T° P. Arterial V ^ Pulso Início e Fim Anestesia X Início e Fim Operação Respiração 280 240 220 180 160 150 140 120 100 80 60 40 20 10					TOTAL DE DOSES	
SÍMBOLO		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 SEQUÊNCIA					DURAÇÃO	
Técnica: <u>RAZAN-BEIRA</u>				Incidentes - Acidentes				
Operação: <u>OSTEOSSINTESE TORÁCICA (0)</u>				<u>NÃO HOUVE</u>				
Cirurgiões: <u>ALEXANDRE</u>								
Anestesiistas:				Corticóides pós-oper. Imediata				
				<u>MANITIAS</u>				

Dr. Lívio Lima Verde
Médico Anestesiologista

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM (x 3,5 - Oribasim)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME João Luiz Nunes

Nº AIH Jo

Nº PRONTUÁRIO 194170

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: Osteossíntese do Tornozelo "D"

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME:

CRM Nº

CPF Nº

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

DATA INTERNAÇÃO

28, 05, 2019
04, 06, 2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

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

01

Placa semi-tubular 06 Furros

01

Parafuso cervical nº 4

02

Parafuso cervical nº 16

01

Parafuso cervical nº 20

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 4, 5, 19

EM 04, 06, 19

Dr. Alexandre Magno
Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

(Assinatura e carimbo)
Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

Tibério Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: João Luiz Nunes D.N. 26.04.63
 Data: 04/06/19 Admissão às 19:35 Prontuário 194170
 Alergia: Negativa Procedimento realizado: Intervenção de varizel

DADOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Tibério

CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

TEMPO (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
Pa	113x57	113x57	113x57	113x57				
so	64 bpm	64 bpm	74 bpm	64				
O ₂	95%	95%	95%	94%				
GT								
or(0-10)								
ss.Func.								

	ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2			2		
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1			
	Incapaz de mover os membros	0					
Respi	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de O ₂	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			08	09	10		

ALTA às 20:35

Ass. Médico: _____

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
						HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
280518 H.F. de apêndice doente							
1) Dula Guad.							
2) Fagor 500ml 5x 20g/100ml							
3) Keflex 1g 5x 600g							
4) Eutaxina 80mg - 23mg 100ml de 08:00 a 18:00							
5) Tildal 100mg 10x 100ml							
6) Tildal 100mg 10x 100ml 08:00							
7) Paracetamol 1000mg 10x 100ml							

Dr. Roberto Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2018-1507-1312

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

NOME	João dos Reis			ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	29/01/18			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
02. JELCO HIDROLISADO				08h		curativo realizado	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				08h		dieta com leite	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				08h		14:20h verificada PA	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				08h		11:45min verificada PA	
06. TIKATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				08h		11:45min verificada PA	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				08h		11:45min verificada PA	
08. GHEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				08h		11:45min verificada PA	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				08h		11:45min verificada PA	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				08h		11:45min verificada PA	
11. CURATIVO				08h		11:45min verificada PA	
12. SSV + CCGG				08h		11:45min verificada PA	
13 - 600ml de soro 5% em 8ml				08h		11:45min verificada PA	

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
Prescrição Médica DATA 30/05/19 01. DIETA LIVRE 02. JELCO HIDROLISADO 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS 04. CELESTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS 05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N) 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (S/N) 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) 08. CELESTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg 11. CURATIVO 12. SSV + CCGG 13. Clorazepato 1g - 01 amp - IV 8/8h 14. Gen. Transmex 80mg - 03 amp + 100ml SF0,9% IV 8/8h				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO MEDICAÇÃO OBSERVAÇÕES De 8.30 realizado curativo no membro superior direito com PA 120x80 mmHg sem febre				

Dr. Francisco Antônio de Sousa Neto
Ortopedista / Traumatólogo
CRM-PI 4504 / 198114-9

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

NOME	João José			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	31/05/18			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
- PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETALIVRE				OBSERVAÇÕES			
02. JEICO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				O2 11.30 realizado			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				de curativo de ferida			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
06. TIKATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)							
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA							
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSV + CCGG							
13 - Celprolone 1g tr 8/8							
24/14 - Curativo de ferida							

FLORIANO-PI

8514 - 6000000000

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

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ALA	ENF. OU APT.	LEITO
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. FLETAFL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
Operativo 18/10/89 Refeições 80g/12/89			PT 60kg/160cm 161 SSV 110/80 Tarciso Portinho da Fonseca TRC Enfermagem CORRE: 80/857		
Dr. Conegundes P. Filho Otorrinolaringologista Cel: 2572-1866					

FLORIANO-PI

Dr. Conegundes P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 REDI: 7348

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

NOME <u>João Luiz Alves</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
DATA <u>04/06/18</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETALIVRE <u>após alim. Anter.</u>					Paciente não
02. JELCO HIDROLISADO					tomar. baixinho
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					Parque e la cou
04. CEFALOTINA 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. FLUATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CEFEPIME 10MG - 01 AMP 8C 1x/dia					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13. <u>Capriciosa 1g c 6/6h</u>					
14. <u>Carbamazep 800mg - 03 cap 10h/dia</u>					
<u>Doxyc 1x/dia</u>					

15:53, o cliente, consciente
orientado. SSV - P-66 BPM
T-36,6°C
PA-120x70 mmHg
CEEP-Polvo II
Da 20:45h, por SGA, admitido
em 02x O2 por via nasal
vital de oxigênio molecular,
presença de SGA free do Arter
pt, acompanhado do
primeiro. Nega alergia medicam
mentos. Segue no leito 40
benéfico, sem queixas, PC 30

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Mod. 312 Frente e Verso - Prescrição Médica

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036430 **Cidade:** São Francisco do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIS NUNES **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,20(BAM) P.4(CIRURGIA) P.21(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030785/20

Vítima: JOAO LUIS NUNES

CPF: 020.931.853-85

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO LUIS NUNES : 020.931.853-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036430 **Cidade:** São Francisco do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIS NUNES **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,20(BAM) P.4(CIRURGIA) P.21(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1235009555	NOME EDIMAR ALVES DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE PARA SERVIÇOS 1568662 SSP PI
	LEV 748.086.803-00
	DATA DO NASCIMENTO 06/02/1977
	RUAÇÃO SEVERO ALVES DOS SANTOS MARIA ELIETE DE S SANTOS
	FOTOGRAFIA
	SEX M
	CAT. HAB. 20
	Nº REGISTRO 82844278038
	VALIDADE 21/11/2008
	1ª EMISSÃO 10/03/1998
	OBSERVAÇÕES
	ASSINATURA DO PORTADOR
	LOCAL FLORIANO
	DATA DE EMISSÃO 25/11/2015
	14568808841 82316457108
	ASSINATURA DO DIRETOR GERAL DO DETRAN-PI DETRAN-PI (PIAUI)
PROMISSO PLASTIFICAR 1235009555	