



Número: **0801135-54.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO LUIS NUNES (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11473163	22/08/2020 14:07	Petição Inicial	Petição Inicial
11473177	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_1	Documentos
11473178	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_2	Documentos
11473179	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_3	Documentos
11473180	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_4	Documentos
11473181	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_5	Documentos
11473183	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_6	Documentos
11473184	22/08/2020 14:07	Documentos de João Luiz - São Francisco do Piauí-otimizado_7	Documentos

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA _____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE FLORIANO/PI.**

PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO
-INVALIDEZ PERMANENTE-

JOÃO LUIS NUNES, brasileiro, solteiro, portador do **C.I./RG nº 1.165.126 SSP/PI** e do **CPF/MF nº 020.931.853-85**, residente e domiciliado no Conj. Martins Mendes de Carvalho, nº 3, Q. 09, zona rural, São Francisco do Piauí/PI, vem, com a máxima deferência, através de seu procurador e advogado "*in fine*" firmado, **constituído e qualificado em outorga anexa (doc. 01), com escritório no endereço constante em nota de rodapé local onde recebe as intimações e/ou notificações de estilo (artigo 106, inciso I, do CPC)**, à elevada presença de Vossa Meritíssima, para propor a presente:

**AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE
DE TRANSITO**

Em face da **GENTE SEGURADORA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº: **90.180.605/0001-02**, sediada na rua Marechal Floriano Peixoto, nº 450, centro histórico, Porto Alegre/RS, CEP: 90.020.060, com arrimo na LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 alterada pela Lei 8441/92 e com base nos fatos e fundamentos jurídicos que ora se seguem:

DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente de trânsito que ocorreu em 28 de maio de 2019, por volta das 19h00min, neste município.

Quando estava trafegando na condição de passageiro de uma motocicleta Honda/NXR 150 BROS de placa NIF 4455 quando sofreu um abalroamento em um animal tendo sido socorrido pelo SAMU e conduzido para o Hospital Regional Tibério Nunes. Encaminhado ao atendimento médico de urgência e posterior exame pericial denotou-se **DEFORMIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO CONFIGURANDO-SE INVALIDEZ PERMANENTE** e que culminaram com a invalidez do autor.

Dirigiu-se o Autor à sede da seguradora requerida de posse de vários documentos exigidos por lei para liberação do seguro DPVAT a que tem direito junto à seguradora, **GENTE SEGURADORA**, conveniada aos **CONSÓRCIOS DE SEGUROS** responsáveis pelas



indenizações de seguro DPVAT através do pedido administrativo, tendo recebido, no entanto, somente parte do que lhe é devido, qual seja a importância de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** em contrariedade com a legislação em vigor.

Como atesta os documentos anexos houve várias sequelas do acidente de trânsito ocorrido com o requerente.

Devendo ser pago ao requerente o valor complementar de **R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Portanto, recorre o Autor, agora, aos braços da Justiça, para fazer valer seu direito à indenização por invalidez, na forma da fundamentação a seguir colacionada.

DO DIREITO

Das provas necessárias:

O direito à indenização está vinculado apenas à comprovação, pelo Autor, da ocorrência do acidente e do dano daí decorrente, independentemente de culpa e mediante a apresentação da documentação exigida no art. 5º § 1º, a, da supracitada lei e abaixo descrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos: Redação da LEI Nº 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992).

a)OMISSIS

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

(OMISSIS)

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora. Redação da LEI Nº 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992).

§ 5º O instituto médico legal da jurisdição do acidente também quantificará as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins de seguro previsto nesta lei, em laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, de acordo com os percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças. Redação da LEI Nº 8.441, DE 13 DE JULHO DE 1992).”

É por demais farta a documentação acostada à Inicial fazendo prova verídica do ocorrido, tendo, o Requerente, direito à indenização por danos pessoais em 40 (quarenta) salários mínimos à época do pagamento pela invalidez permanente. É o que demonstra o



dispositivo a seguir:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem por pessoa vitimada:

(...) OMISSIS

b) - Até 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País - no caso de invalidez permanente;

c) - Até 8 (oito) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.”

DOS PEDIDOS

Seja recebido e registrado este pedido, designando-se, desde logo, um perito para atestar o grau da deficiência do requerente antes da audiência de conciliação, para depois citar a empresa Ré, na pessoa de seu representante legal, para comparecer à audiência, e nela apresentar, se quiser, sua defesa acompanhada dos estatutos sociais e carta de preposição devidamente assinada por quem de direito mediante expresso reconhecimento de firma se vier a Demandada a ser representada por preposição, alertando de que sua ausência ensejará a decretação de revelia; Requer a concessão ao Autor dos benefícios da Justiça Gratuita, no caso de interposição de recurso, por ser o mesmo pobre no sentido legal, não podendo arcar com quaisquer custas ou despesas processuais (Lei nº 1.060/50);

Frustrada a conciliação ou decretada à revelia, seja acolhido o pedido na íntegra condenando a empresa ré ao pagamento da importância de **R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, correspondentes à complementação dos valores atualizados **à data de liquidação do sinistro (art. 5º § 1º da Lei nº 8.441/92)** **condenação a título de *quantum* indenizatório por Danos Pessoais por invalidez permanente.**

Requer, ainda, que seja aplicada a multa prevista na resolução nº 14 da SUSEP de 25.10.95 publicada no DOU de 06.03.98 em caso de não pagamento do valor da condenação no prazo de 15 dias após o trânsito em julgado desta ação. É o que vem ocorrendo rotineiramente com os julgados do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização:

“Ministério da Fazenda CRSNSP - Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização

6ª SESSÃO DE JULGAMENTO – ACÓRDÃOS

Comunicamos que, no dia 27.1.2000, no Edifício Sede da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, localizado a Rua Buenos Aires 256, 4º andar, foi realizada a 6ª Sessão de Julgamento do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização – CRSNSP, tendo sido aprovada a Ata relativa a sessão em epígrafe, na qual foram julgados os recursos cujo teor da Ementa e do Acórdão, publicada no Diário Oficial da União de 6.4.2000 (Seção I – Páginas 10 e 11),



que a seguir transcrevemos:

RECORRENTE: RURAL SEGURADORA S.A.

RECORRIDA: SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP

EMENTA: RECURSO ADMINISTRATIVO. Seguro de vida em grupo. Invalidez Permanente. Recusa imotivada. Observando o instituto de atenuação, prevista no art. 34, § 1º, inciso III das Normas Anexas à Resolução CNSP nº 14, de 25 de outubro de 1995, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CNSP nºs. 5/97; 10/97; 7/98; 11/98 e 21/98. Recurso conhecido e improvido.

PENALIDADE: Multa pecuniária de R\$ 14.513,52

BASE LEGAL: Art. 88 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

ACÓRDÃO/CRSNSP Nº 0040/00: Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, decidem os membros do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, de Previdência Privada Aberta e de Capitalização, por unanimidade, negar provimento ao recurso, mantida a decisão do Órgão de primeira instância no sentido de aplicar à RURAL SEGURADORA S.A. a pena de multa pecuniária, por restarem caracterizadas as infrações descritas nos autos, cuja penalidade deverá ter o seu valor ajustado às circunstâncias previstas no art. 34, § 1º, inciso III, da Resolução CNSP nº 14, de 25 de outubro de 1995. Presente a advogada, Dra. Renata de Castro Cavalcanti, que fez sustentação oral em favor da recorrente.”

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, especialmente documental, testemunhal, cálculos e depoimento pessoal do representante da Requerida, e por outros que por ventura vierem a ser necessárias no decorrer do processo.

Dá-se á presente o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

Nestes Termos

Pede Deferimento

Florianópolis/PI, 25 de julho de 2020.

Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa
OAB/PI nº. 5945







**ADVOCACIA &
CONSULTORIA
ESPECIALIZADA**

Thalles Augusto Oliveira Barbosa
Advogado

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr.
JOÃO LUIS ALMEIDA,
brasileiro(a), solteiro, lavrador, portador do C.I./RG nº
1165126 SSP/PI e do CPF/MF nº 020.931.853-85,
residente e domiciliado (a) na
Rosângela Martins Mendes de Carvalho, s/nº, Zona Rural.
São Francisco / PI, CEP.: 64.550-000.

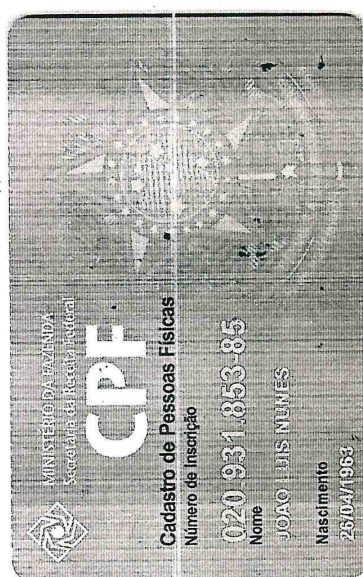
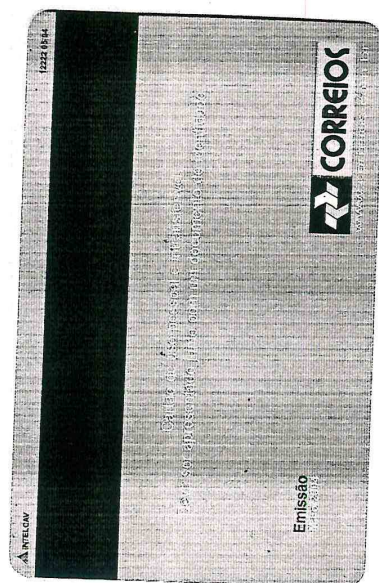
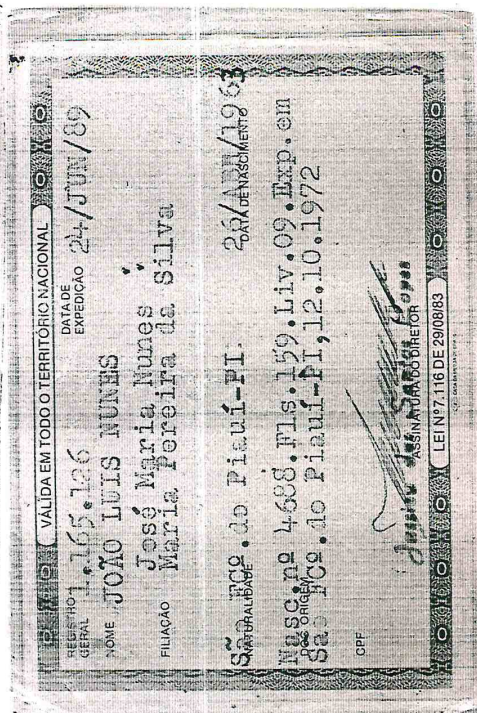
Nomeia e constitui como seu procurador o advogado **Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa**, brasileiro, casado, advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil-Piauí sob o nº 5.945 e OAB/MA nº. 13.963-A com escritório profissional situado na rua Jornalista Don Dom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina//PI, outorgando-o amplos poderes para promover ou defender os interesses e direitos do(a) OUTORGANTE para o foro em geral, administrativa ou judicialmente, conforme estabelecido no **artigo 105** e **art. 425, IV, do NCPC**, podendo, para tanto, fazer requerimentos diversos, tais como certidões, cópias, propor e contestar ações, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, desistir, confessar, reconhecer a procedência do pedido, receber e dar quitação, solicitar e retirar alvará, receber intimações perante os juízos deprecante e deprecado, e em qualquer instância, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo substabelecer o presente mandato, com ou sem reserva de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do(a) OUTORGANTE e ao bom, completo e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina, 01 de Julho de 2020.

João Luis Almeida

Rua Jornalista Dondom, nº 2487, bairro Horto Florestal, Teresina/PI - Tel. (86) 99860-5476
e-mail: boatte@hotmail.com





countpoint
ENERGIA

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.363-5
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

DADOS DA LEITURA	DADOS DA LEITURA
CPE: 0000000000000000 CEP: 64.550-000 - SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ	Atual:





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

456 v. 1.1



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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Endereço

EM SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

PRÓXIMO A ENTRADA DE SÃO FRANCISCO

Data/Hora

28/05/2019 - 19:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

573844

Nome: JOÃO LUIS NUNES

RG: 1.165.126 SSP PI

Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA

Pai: JOSÉ MARIA NUNES

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

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9442-3148

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. NXR150 BROS ES

Ano: Placa:

2010 NIF4455

Chassi:

9C2KD0510AR016627

Renavam:

208701958

Cor:

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 Keiko Leal Paraíba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





SAMU ESTADUAL
REGISTRO DE OCORRÊNCIA



SAMU

192

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB 04 DATA: 28/05/19
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 230
NOME DO PACIENTE: JOÃO LUIZ NUNES
SEXO: ☒ M 18/47 IDADE: 55
SAÍDA DO P.A. 19:46 CHEGADA AO LOCAL 19:40
SAÍDA DO LOCAL 19:46 CHEGADA AO HOSPITAL 20:27
SAÍDA DO HOSPITAL _____ CHEGADA DO P.A. _____

- | | | |
|--|--|--|
| 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 08- ☐ QUEDA | 15- ☐ NÃO REMOVIDO |
| 02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA | 09- ☐ URGÊNCIA CLÍNICA ADULTA | 16- ☐ TRANSFERÊNCIA |
| 03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA | 10- ☐ URGÊNCIA CLÍNICA PEDIÁTRICA | 17- ☐ REMOÇÃO ANTECIPADA |
| 04- ☐ ENVENENAMENTO | 11- ☐ ÓBITO DURANTE TRANSPORTE | 18- ☐ EVADIU-SE DO LOCAL |
| 05- ☐ AFOGAMENTO | 12- ☐ ÓBITO ANTES DO SOCORRO | 19- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 06- ☐ QUEIMADURAS | 13- ☐ TROTE | 20- ☐ OUTROS |
| 07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO | 14- ☐ REMOÇÃO ANTECIPADA | 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 36.01
TEMPERATURA _____

OBSERVAÇÕES:

Paciente sofreu queda de motocicleta com escoriações em M.DEC e M.DEC
Suspeita de fratura em MID

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 Piavi
Manoel José
Assinatura

Assinatura





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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
209956763180002

8 - DATA DE NASCIMENTO
26/04/1963

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

12 - ENDEREÇO
MARTINS MENDES DE CARVALHO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SAO FRANCISCO DO PIAUI

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2209708

15 - UF
PI

16 - CEP
64550-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Sociedade vítima de acidente de motocicleta com
fratura de escafóide lateral e R*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
28/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3916 TEOD. 13135

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI

37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12/07/2019

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

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF 078.977.823-87

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.



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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANO/PI

DINEYANNE

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

CPF: 020.931.853-85 RG: C/N: SIS Prenatal:

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

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

Pai: JOSE MARIA NUNES Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

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

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Local de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: _/_/_

Alta: _/_/_

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

Fratura de tíbia e fêmur distal de Hdx

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12/07/2019
ASSIN.

Dr. Alexandre Magno
CRM-MA: 3620 / CRM-PI: 4462
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA



Evolução Clínica

[illegible]

Dr. Alexandre Magno
CRM-MA: 3920 / CRM-PI: 4462
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12/07/2019
ASSIN. 



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRURGICO

1074805 - JOAO LUIZ NUNES

Data: 28/05/2019

Diag. Cirúrgico:

Fx de Malavola lateral do quadril + lesão ligamentar do bico

Cirurgia:

Ostiotomia / Punção de ligamento do bico

Descrição da Cirurgia:

Pdx - OHT 80 pontos

para 1 mês

Após a op

uma órtese e medicação

LMC - Bexiga cateter + psc c/psa op
bom pte

Alexandre Magalhães
CRM: 3920 / CRM-PI 4462
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cirurgião:

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

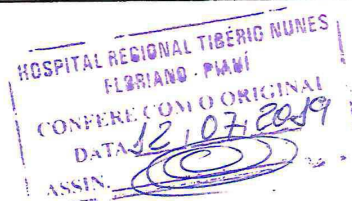
☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:



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 dos Reis*

TESTEMUNHA: _____

FLORIANO, 04 DE junho DE 20 19





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

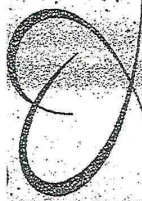
Nome do Paciente: HOAO Luiz Nunes Reg. Same: 194170
Cirúrgia: osteomielite de Tornozelo "D" Sala: 05
Cirurgião: M. Alexandre Auxiliar: ser. alba
Instrumentador: Andoval Circulante: quadradora portajana
Data: 04.06.19 Início: 18:00 Término: Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PUNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA	<u>Dimanje</u>	<u>01 amp</u>		
	ALBUMINA HUMANA	<u>Ripirvacina</u>	<u>01 amp</u>		
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		<u>01 amp</u>		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		<u>02 Frascos</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>02 Frascos</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE O ORIGINAL
DATA 12.07.2019
ASSIN. [Assinatura]





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA
CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

Nome do Cliente: João Luiz Nunes Data de nascimento: 26/04/1983

Prontuário: 19.21170 Enf/Leito: P5 Data do Procedimento: 04/06/19

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: (x) Sim () Não Horário SSV: 17:00h T: 36.6 FC: 70 bpm FR: 12 x 70 mmHg

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

SNG () SNE () Drenos (especificar): Jejum (x) 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: (x) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada (x) 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:

Katiuscia Barulho
ENFERMEIRO

Tiberio Nunes S. Lima
Téc. Enfermagem
CRM-PI 668.982

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>gus Luiz Nunes</u>						Registro: <u>194370</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		Atarácicos		
						Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fratura Tornozelo</u> (0)					Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos	Oxigênio	<u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u>					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100						SEQUÊNCIA	
Temperatura T°	260 240 220						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
P. Arterial	38 36 34 32 30							
V A Pulso		<u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u>					DURAÇÃO	
Início e Fim Anestesia X								
Início e Fim Operação								
Respiração O								
SÍMBOLO								
Técnica: <u>RAQUIDIANESTESIA</u>							Incidentes - Acidentes	
Operação: <u>OSTEOSSINTESE TORNOZELO</u> (0)							<u>NÃO HOUVE</u>	
Cirurgiões: <u>ALEXANDRE</u>							Corticóides pós-oper. Imediat	
Anestesistas:							<u>MANUELA</u>	

Dr. Lívio Lima Verde
 Médico - Anestesiologista
 CRM/PA 10.123



Tibério Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>João Luiz Nunes</u>			D.N.	<u>26.04.63</u>
Data:	<u>04/06/19</u>	Admissão às	<u>19:35</u>	Prontuário	<u>194170</u>
Alergia	<u>Nega</u>			Procedimento realizado	<u>Integridade de canelazo</u>

DOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ESTESIOLOGISTA: Dr. Wlário CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

NTI (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

hora	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
A	113x57	113x57	113x57	113x57				
Arso	64 bpm	64 bpm	74 bpm	54				
PO ₂	95%	95%	95%	94%				
GT								
Gr(0-10)								
ss.Func.	<u>Jaime</u>	<u>Jaime</u>	<u>Jaime</u>	<u>Jaime</u>				

	ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2			2		
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1			
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			03	09	10		

ALTA às 20:35

Ass. Médico: [Assinatura]

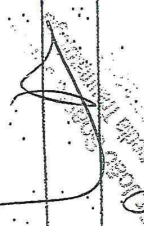


PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE DATA/HORA CÓDIGO	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.		MÉDICO ASSISTENTE	
			LEITO	OBSERVAÇÕES		
280518	11 de setembro de 2018	QUANT.				
1) Duda Eucl.						
2) Tetrax 500mg 5x 20golemas						
3) Kellin 10 5x 600g						
4) Ceftriaxona 500mg - 2x 500mg + local de Tetrax 5x 1000mg						
5) Tetrax 500mg 10 5x 1000mg						
6) Tetrax 500mg + 1000mg 2x 500mg						
7) Paracetamol 500mg 10 5x 1000mg						

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39118-1501-1313

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

NOME <u>João S. Davis</u>	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA <u>29/08/2020</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE				OBSERVAÇÕES
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. ITHALIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GHEXANE 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. SSVV + CCGG				
<u>13 - 600mg de 80x48mm 34x22 06</u> 				

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

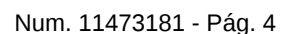
NOME <u>João Luiz Muz</u>		ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>30 / 05 / 19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				De 8.30 realizado	
02. JELCO HIDROLISADO				2. curativo no local	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				de 01:15h a 02:00h	
04. CLAMOXIL 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				10. 420x80 mmHg	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				sem fluxo livre	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CHEXANE 40MG - 01 AMP - 6/6 - 1x/12h					
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 - 8/8h					
14. 80mg - 03 amp - 12/12h					

Dr. Francisco Junior Espinoza
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 4504 / RDT-14

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

NOME	João da Silva		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA	31/05/18					
01. DIETA LIVRE		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
02. JELCO HIDROLISADO		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18h	06h	Ox 11.30 realizado e curativo de ferida		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TITANIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRANMOL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVV + CCGG						
13. Clorazepato 1g tr 8/8h						
14. Curativo ferida						

FLORIANO-P

[illegible]

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

NOME <u>João Luiz</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>02/06/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO	<u>18:00</u>	<u>06:00</u>		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18:00</u>	<u>06:00</u>		
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>18:00</u>	<u>06:00</u>		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>18:00</u>	<u>06:00</u>		
06. FLAFTL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18:00</u>	<u>06:00</u>		
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 + CCG				
<u>Agendamento 18/10 8157.</u> <u>Reclusão 8045/10 818</u> <u>Dr. Conquindes P. Filho</u> <u>Ortopedia - Traumatologia</u> <u>Crm: 2572 - RBO 1348</u>				

João Luiz
Tarciso Perfeito da Fonseca
Téc. Enfermagem
COREN-PI 662.857



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

NOME	DATA	ALIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ORTOPEDIA
			ENF. OU APT.	LEITO	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINA 1G - 04 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. METIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 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					
Colapso 14/12/15					
Colapso 14/12/15					

Dr. Conseguidor P. Filho
Ortopedia Neurológica
Cel: 2572-1601 / 7340



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			
DATA <u>04/06/18</u> # <u>Ex de abdômetro de horário medicação</u>		OBSERVAÇÕES			
01. DIETALIVRE após alta anterior					Paciente não
02. JELCO HIDROLISADO					toava baixo
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					parava a la com
04. CEFALOTINA 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIFIRONA 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. FLUATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 10MG - 01 AMP 8C 1x/12h					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSW + CCGG					
13. <u>Ex de abdômetro de horário medicação</u>					
14. <u>Ex de abdômetro de horário medicação</u>					



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4120-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pág. 01277/01278 - carta_1SR - INVALIDEZ

