

Browser tabs: Email - Alana Lima - Out, Controle de documentos, Sistema SAJ - Conveni, Sistema SAJ - Conveni, Consulta processos - Pro, 0801135-54.2020.8.18.0028

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549038&ca=2e645b359172fe48d0abb4e0f90ad1...](https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549038&ca=2e645b359172fe48d0abb4e0f90ad1...)

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0801135-54.2020.8.18.0028  
JOAO LUIS NUNES X GENTE SEGURADORA SA

Search bar: 13319711 - CONTESTAÇÃO (2762372 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/11/2020 08:46:58

Left sidebar (24 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 13307002 - CONTESTAÇÃO
    - 13319711 - CONTESTAÇÃO (2762372 CONTESTACAO 01)
    - 13319714 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 13319718 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 13319719 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
    - 13319720 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

1 / 10

2762372- C3/ 2020-04022/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Taskbar: PT, 08:47, 24/11/2020



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
13319714	24/11/2020 08:46	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




*João Luis Nunes*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VERSÃO 1.165.126 DATA DE EMISSÃO 24/JUN/09

NOME JOÃO LUIS NUNES

FILIAÇÃO José Maria Nunes da Silva

Sendo, Filho do PiauÍ-PI. 26/04/1963

NASC. nº 4.688. Fls. 159. Liv. 09. Exp. em São Fcs. do PiauÍ-PI, 12.10.1972

CPF

*João Luis Nunes*  
DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

Ministério da Fazenda  
Secretaria de Receita Federal

CPF

020.931.853-85

Nome JOÃO LUIS NUNES

Nascimento 26/04/1963

Correios

Ministério da Fazenda  
Secretaria de Receita Federal

CPF

020.931.853-85

Nome JOÃO LUIS NUNES

Nascimento 26/04/1963



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




*João Luis Nunes*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VERSÃO 1.165.126 DATA DE EMISSÃO 24/JUN/09

NOME JOÃO LUIS NUNES

FILIAÇÃO José Maria Nunes da Silva

Sendo: FCP do Piauí-PI 26/ABR/1963

NASC. em 4688, Fls. 159, Liv. 09, Exp. em 12.10.1972

São Fcs. do Piauí-PI, 12.10.1972

CPF

*João Luis Nunes*  
DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

Ministério da Fazenda  
Secretaria de Receita Federal

CPF

020.931.853-85

Nome JOÃO LUIS NUNES

Nascimento 26/04/1963

Correios

Ministério da Fazenda  
Secretaria de Receita Federal

CPF

020.931.853-85

Nome JOÃO LUIS NUNES

Nascimento 26/04/1963





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 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 SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 EDINIR ALVES DOS ANJOS  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803-00, 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 INVALIDEZ 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>CASA</u>
Bairro: <u>TIBERA</u>	Cidade: <u>FORQUILHA</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>MARINHO SEGUROS@lbtmail.com</u>	CEP: <u>64806-405</u>	Tel.(DDD): <u>189199423 5886</u>

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

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



**Fatura Mensal**

**MATRICULA** 2349863-3 **Hidrometro** A04N236779 **Referência** DEZ/2019

**Nome/Razão Social/Endereço**  
EDMAR ALVES DOS SANTOS  
RUA JULIA SOARES, 291A  
TIBERAIO  
FLORIANO 64806405 **AG= 80**

**Situação** 3/1 **Res.** 1 **Categoria de Uso** Com. **Ind.** **Pub.** **Inscrição** 41 8 01 0165 0205-000

**Período de Consumo** 30/11/2019 **03/01/2020** **Consumo** 34

Mês/Ano	Letra	Consumo	Ocorr.
06/19	2301	16	25
07/19	2317	16	21
08/19	2333	16	2
09/19	2349	16	25
10/19	2365	16	2
11/19	2381	16	25
12/19		16	2

**Forma de Faturamento** 2-HIDROMETRO DANIFICADO

**Cód. Responsável** 907973590 **Código de Verificação** 01

**Consumo Médio** 16 **Consumo Fio Água** **Consumo Fio Esgoto**

**Consumo** 16 **Consumo Faturado** 16

**Descrição da Fatura**  
**Cód. Serviço** 8888 28 00080 **Nome do Serviço** MANUTENCAO HIDROMETRO **Valor (R\$)** 66,47 **2,35**

**VENCIMENTO** 09/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 68,82

**AVISO DE DÉBITO:** CONTAS: 2 VALOR: R\$144,09  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

**CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011-MH**

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cond.	PH	Ferro	Cálc./Mg	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	500	6,0-8,5	0,3	Assento	Assento
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.09	1.03	7.02		0.00	0.00	

**Conclusão** PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

**Manutenção** A AGENSISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

**AGESPISA**  
Águas e Esgotos do Piauí S/A  
Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888

**Inscrição** 41 8 01 0165 0205-000 **AG= 80**

**Res.** 1 **Categoria de Uso** Com. **Ind.** **Pub.** **Matricula** 2349863-3 **Referência** DEZ/2019

**VENCIMENTO** 09/01/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 68,82

8261000000-7 68820001822-6 34986331220-4 1900000001-7








EQUATORIAL PIAUI 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

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO  
0706265-6

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		kWh	DATAS DA LEITURA	
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	FCAM*	Apresentação:	17/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	28
Código de Irregularidade:				

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:			
0 A 274 - R\$ 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\$			
Distribuição:	51,27		
Energia:	99,09		
Transmissão:	16,76		
Encargos:	8,20		
Tributos:	75,21		
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Base de Cálculo:	250,53		182,89
Alíquota ICMS:	27,00%		
Valor do ICMS:			67,64
Valor do PIS:	0,73%		1,35
Valor do COFINS:	3,40%		6,22
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DNC		FIC	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite	6,03	12,06	24,12
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunto FLORIANO		Período de apuração:	10/2019
			154,74

ROT: 196.800.13.15.042300



EQUATORIAL PIAUI 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

MÊS FATURADO

12/2019

Nº da Nota Fiscal: 31516991

FCAM\*

TOTAL A PAGAR - R\$

292,49

VENCIMENTO

24/12/2019

83660000002 7 92490017000 3 00000000706 2 26561219008 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933

Número do documento: 20112408465771300000012597933





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. 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 10.436 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

CEP: 64.550-000 - SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

DATAS DA LEITURA

Atual:







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 18:40

IDADE: 55

SAÍDA DO P.A. 19:46

CHEGADA AO LOCAL 20:27

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:

PUPILAS:

FALA:

ALERTA ☐

IGUAIS ☒

NORMAL ☒

RESPODE A COMANDO ☒

DESIGUAIS ☐

CONFUSA ☐

RESPODE A DOR ☐

NENHUMA ☐

SEM RESPOSTA ☐

PULSO RADIAL:

SANGRAMENTO:

FORTE ☒

AUSENTE ☐

SINAIS VITAIS:

FRACO ☐

MÍNIMO ☒

PRESSÃO ARTERIAL 130 x 90

AUSENTE ☐

MODERADO ☐

PULSO 114

RESPIRAÇÃO 18

SATURAÇÃO 98

GLICEMIA 36.91

TEMPERATURA 36.9

OBSERVAÇÕES:

Paciente sofreu queda de 12 metros de altura em 1.º andar de prédio em MTD

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ ASPIRAÇÃO

☒ PRANCHA LONGA

☐ OUTROS

☐ OXIGÊNIO

☐ PRANCHA CURTA

☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR

☐ KED

☐ CURATIVOS

☐ COLAR CERVICAL

☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

ÓBITO

☐ MELHORADO

☐ ANTES DO SOCORRO

☐ PIORADO

☐ ANTES DO TRANSPORTE

☐ INALTERADO

☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO

H. R. T. N. Floriano, Piauí

Assinatura

Assinatura





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

Data/Hora

DP DE SÃO FRANCISCO DO PIAUÍ

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 POLÍCIA

JOÃO LUIS NUNES - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Reiko Leal Parreira  
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: 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)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019





# 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: ☐ RECLUSO 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: Agência: 971 CONTA: 26397 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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)

- Assinatura do Representante Legal (se houver)

S.001 V002/2019

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

0,00

Valor em cheque :







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15410955

Pag. 00951/00952 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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

BRADESCO1102202005000000000023700971000000026397168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 08:46:58

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112408465771300000012597933>

Número do documento: 20112408465771300000012597933

## 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](http://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

### BENEFICIARIO/VITIMA:

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 3-0-09

### 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, Sincor, 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)



## 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](http://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

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209956763180002

10 - NOME DA MÃE

MARIA PEREIRA DA SILVA NUNES

12 - ENDEREÇO

MARTINS MENDES DE CARVALHO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO FRANCISCO DO PIAUI

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/04/1963

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

194170

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

( ) -

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2209708

15 - UF

PI

16 - CEP

64550-000

## 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

Verificar de Tto. Cirúrgico

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

Radiografia + Tomografia + 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)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 39125 REG. 13135

## 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

CONFERIR COMO 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

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)





## BOLETIM DE ADMISSÃO

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

**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

Rx de TDM de abdome D + tom tipo de abdome

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUI  
CONFERE COMO ORIGINAL  
DATA 12/07/2019  
ASSIN.

Dr. Alexandre Magno  
CRM: 3020 - RPP: 4452  
CLASSE: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA


CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA



### Evolução Clínica

[illegible]

Dr. Alexandre Magno  
CRM-MG 3920 / RCM-P: 4462  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO 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 Malvete lateral do T20 + Arr. ligament. Deltoide

Cirurgia: Osteotomia / Punção de ligamento deltoide

Descrição da Cirurgia: Pdx - OHT 80 Pdx

Pdx 1 Pdx

Apex de esp

curva oblíqua e medif

Lmc - Bactera enter + psc c/ptm op

hmm pte

Alexandre Magalhães  
CRM: 39207 CRM-PI 1462  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cirurgião: \_\_\_\_\_

Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COMO ORIGINAL  
DATA 12/07/2019  
ANEX.



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.

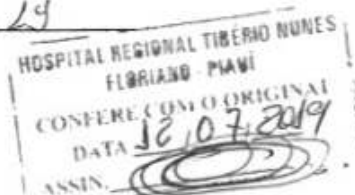
( & ) AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ *Jonas Batista da Silva*

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

FLORIANO, 04 DE junho DE 20 19





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. Same: 194170  
Cirurgia: otiorrenture de Tornozelo "D" Sala: 05  
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Silva  
Instrumentador: Indoval Circulante: Guaciana + Plavatan  
Data: 04/06/19 Início: 18:00 Término:  Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNID.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA	<u>Diment</u>	<u>01 amp</u>		
	ALBUMINA HUMANA	<u>Bupelvacina</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>02 Frascos</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
PIAUI  
CONF. ORIGINAL  
DATA 12/07/2019  
ASSIN





07	CO2	
08	CREPON	04 unid
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 unid
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	01 unid
16	GASES	06 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 unid
23	LENTE INTRACULAR	
24	MASCARAS	05 unid
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 unid
32	SERINGA DESCARTAVEL 10mm	01 unid
33	SERINGA DESCARTAVEL 20mm	01 unid
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	
02	CROMADO S/ AGULHA	
03	FIO DE ALGODÃO	
04	FIO DE SEDA	
05	KIT OFTALMOLÓGICO	
06	LIG CLIPS	
07	MONONYLON Nº 2-0	03 unid
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01 unid
10	VICRYL 0	0-0 02 unid
11	VICRYL 8	
12	CERA P/ OSO	
13	FITA CARDÍACA	
	Gonnet 03 unid	
	Kao - 1/2 03 pares	
	Microva Regenerante 01 unid	





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

Nome do Cliente: José Bay Nunes Data de nascimento: 26/04/63

Prontuário: 194170 Enfil. Leito: P5 Data do Procedimento: 04/06/19

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Pulseira de Identificação: (✓) Sim ( ) Não Horário SSVV: 17:00h T: 36,6 FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm PA: 120x70 mmHg

Glicemia Capilar: 84 mg/dl Acesso Venoso: (✓) Periférico ( ) Central (especificar local, calibre e nº de dias) 20x00/04.06.19

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: (✓) 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:

Katlenia Vasilha  
ENFERMEIRO

Virgínia Duarte S. Lima  
Téc. Enfermagem  
COREN-PI 561.982

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



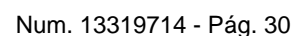
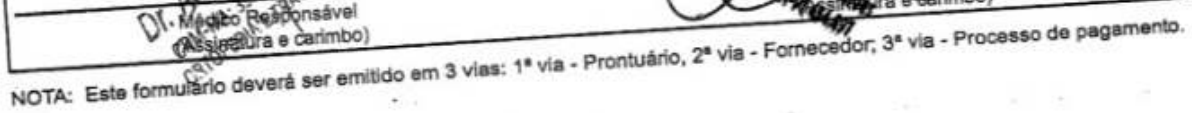
# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA DE CIRURGIA - CHECK LIST

Nome: <u>João Luiz Nunes</u>		Procedimento: <u>arteriotomia de</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Alexandre</u>	Auxiliar: <u>Dr. Aldo</u>	Anestesiista: <u>Dr. Alex</u>	
Instrumentador: <u>Dr. Rafael</u>	Enfermeiro: <u>Dr. Rafael</u>	Circulante: <u>João</u>	
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Denúnciação: ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Não se aplica		Cirurgiãos, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente, Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <b>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:</b> Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h30</u>	
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesiista: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
P.A. 107x58 mmHg, SpO2: 98%		Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Via aérea difícil ou risco de aspiração: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim		Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Risco de perda sanguínea > 500ml: ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
Reserva sanguínea? ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Acesso venoso adequado e perlo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		Número de compressas antes do procedimento: <u>10</u>	
Consentimento anestésico e cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		P.A. 98x49 mmHg, SpO2: 95%	
ENFERMEIRO: <u>Dr. Rafael</u>		P: <u>13h00</u>	
TECN. EM ENFERMAGEM: <u>Gracieleia</u>		CIRURGIÃO:	

ÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN

## Folha de Anestesia





**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: Nenhuma Procedimento realizado: Intervenção de Coronário

**OS REFERENTES À ANESTESIA**

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Alexandre CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

TEMPO (HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_)

	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
Pa	113x57	113x57	113x57	112x57				
So	64 bpm	64 bpm	74 bpm	64				
O <sub>2</sub>	95%	95%	95%	94%				
BT								
Ar(0-10)								
ss.Func.								

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob 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					
Recuperação	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 <sub>2</sub>	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0					
TOTAL			05	09	30		

ALTA às 20:35

Ass. Médico: \_\_\_\_\_





Hospital Regional "Tibério Nunes"

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA / HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES		
280518	# Fr da repulsa lotada					
	1 Dula Evol.					
	2 Forx 000ml 5x 20 gotas					
	3 Keflex 1g 5x 666					
	4 Eudaveum 80mg - 230mg 000ml					
	5 Forx 5x 100ml					
	6 Tuvax 000ml 5x 100ml					
	7 Paracetamol 000ml 5x 100ml					

**FLORIANO-PI**

NOME	ALA	INF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
João dos Santos				
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
29/01/1981	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			ao 10:30 realizada curativo na ferida	
02. JELCO HIDROLISADO			divido 4 doses	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			às 14:20h verificada PA	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			110/70mmHg de pressão	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TRAMAL 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. SSV + CCGG				
13 - 600ml de soro 5% IV 8/8 ML				



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

NOME <u>João Luiz Nunes</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
- PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>30/05/19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. <del>CEFAZOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS					
08. <del>CELEXANE 40MG - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13. <u>Clozidine 1g - 01 amp IV 8/8hs</u>					
14. <u>gua benzilada 80mg - 03 caps + band 80x90x5v 1x/dia</u>					

Dr. Francisco Antônio Espinola Braga  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-PI 4504 e 11.651.14/19



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

NOME	João da Silva			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	31/05/18			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
- PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE							OBSERVAÇÕES
02. JEICO 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. TIKATIL 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 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. Clorpromazina 1g 6x18h							
14. Carvedilol 5mg - 2x/dia							

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

NOME <u>João José</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>01/06/19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					
02. JEI CO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04: CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 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					
<u>13. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>14. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>15. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>16. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>17. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>18. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>19. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>20. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>21. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>22. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>23. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>24. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>25. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>26. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>27. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>28. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>29. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>30. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>31. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>32. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>33. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>34. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>35. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>36. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>37. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>38. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>39. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>40. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>41. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>42. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>43. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>44. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>45. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>46. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>47. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>48. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>49. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>50. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>51. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>52. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>53. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>54. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>55. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>56. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>57. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>58. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>59. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>60. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>61. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>62. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>63. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>64. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>65. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>66. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>67. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>68. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>69. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>70. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>71. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>72. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>73. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>74. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>75. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>76. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>77. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>78. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>79. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>80. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>81. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>82. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>83. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>84. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>85. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>86. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>87. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>88. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>89. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>90. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>91. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>92. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>93. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>94. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>95. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>96. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>97. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>98. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>99. Cefazolin 1g 6x12h</u>					
<u>100. Cefazolin 1g 6x12h</u>					

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

NOME	DATA	ALA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
			ENF. OU APT.	LEITO	
JOÃO LUIZ	02/06/19				
<div> <div> <div>01. DIETA LIVRE</div> <div>02. JELCO HIDROLISADO</div> <div>03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</div> <div>04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</div> <div>05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</div> <div>06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</div> <div>07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</div> <div>08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</div> <div>09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</div> <div>10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA &gt; 160x110 mmHg</div> <div>11. CURATIVO</div> <div>12. SSV + CCGG</div> </div> <div> <div>01. DIETA LIVRE</div> <div>02. JELCO HIDROLISADO</div> <div>03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</div> <div>04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</div> <div>05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</div> <div>06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</div> <div>07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</div> <div>08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</div> <div>09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</div> <div>10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA &gt; 160x110 mmHg</div> <div>11. CURATIVO</div> <div>12. SSV + CCGG</div> </div> </div>					

Dr. Conquistador P. Filho  
 Otorrinolaringologista  
 CRM: 25172 - RBO 1348

Tarciso Ferreira da Fonseca  
 Enf. Enfermagem  
 COREN-PI 1627857



FLORIANO-PI

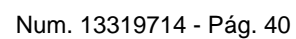
12. SSN: 0000  
Cognitive 14/12/6/5  
Churneen for 14/5/8



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

NOME <u>João Luiz Fleury</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>04/06/18</u>		H. T. de Eduardo de L. HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE após alta anterior					Paciente não
02. JELCO HIDROLISADO					foam. hábito
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					parque e la cou
04. CEFALOTRIM 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					paciente não
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					paciente não
06. CLONIDINA 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS					paciente não
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)					paciente não
08. CLEXANE 100MG - 01 AMP 8C 1x/dia					paciente não
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					paciente não
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					paciente não
11. CURATIVO					paciente não
12. SSV + CCGG					paciente não
13. Paracetamol 1g c 6/6h					paciente não
14. Glicose 80mg - 03 amp 10/10h					paciente não
15. Glicose 1x/dia					paciente não

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Mod. 312 Frente e Verso - Proscrito



## 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](http://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](http://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



