



Número: **0801137-24.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **23/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.331,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO (AUTOR)	THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)
GENTE SEGURADORA SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11476 642	23/08/2020 11:34	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
11476 795	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_1</a>	Documentos
11476 796	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_2</a>	Documentos
11476 797	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_3</a>	Documentos
11476 800	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_4</a>	Documentos
11476 801	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_5</a>	Documentos
11476 802	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_6</a>	Documentos
11476 804	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_7</a>	Documentos
11476 805	23/08/2020 11:34	<a href="#">Documentos de Josean-otimizado_8</a>	Documentos

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE FLORIANO/PI.**

**PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO  
-INVALIDEZ PERMANENTE-**

**JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, portador do **C.I./RG nº 3.768.444 SSP/PI** e do **CPF/MF nº 063.094.913-18**, residente e domiciliado no Conjunto Vila Leão, nº 17, Q. 07, bairro Alto da Cruz, Floriano/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 06 de Agosto de 2019, por volta das 22h:10min, neste município.

Quando estava trafegando na condição de piloto de uma motocicleta Honda/NXR 160 BROS de placa PSS 0609 quando perdeu o controle ao passar por um buraco vindo a cair, tendo sido socorrido por terceiros 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**, 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\$ 168,75 (cento e sessenta e oito reais e setenta e cinco 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\$ 13.331,25 (treze mil e trezentos e trinta e um reais e vinte cinco 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 N° 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 N° 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 N° 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\$ 13.331,25 (treze mil e trezentos e trinta e um reais e vinte cinco 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 – ACÓRDÃO***

***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/CRSNP 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\$ 13.331,25 (treze mil e trezentos e trinta e um reais e vinte cinco centavos).

Nestes Termos  
Pede Deferimento  
Floriano/PI, 25 de julho de 2020.

---

Dr. Thalles Augusto Oliveira Barbosa

OAB/PI nº. 5945





Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 23/08/2020 11:34:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082311325271100000010870182>  
Número do documento: 20082311325271100000010870182

Num. 11476642 - Pág. 5



**ADVOCACIA &  
CONSULTORIA  
ESPECIALIZADA**

Thalles Augusto Oliveira Barbosa  
Advogado

**PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”**

Pelo presente instrumento particular de mandato o Sr.  
Josean dos Santos Ribeiro,  
brasileiro(a), Beltrão, pedreiro, portador do C.I./RG nº  
3.768.444 SSP/PI e do CPF/MF nº 063.094.913-18,  
residente e domiciliado (a) na  
Romaria Vila Verde, 27, nº 17, bairro: Alto da Cruz  
Floriano / PI, CEP.: 64.804 - 020.

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 2019.

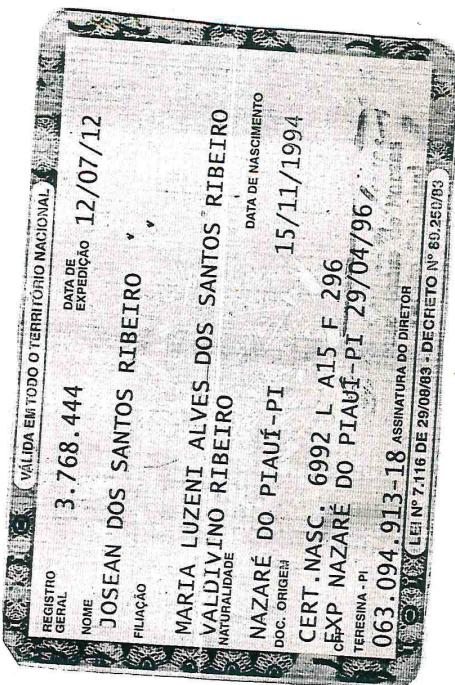
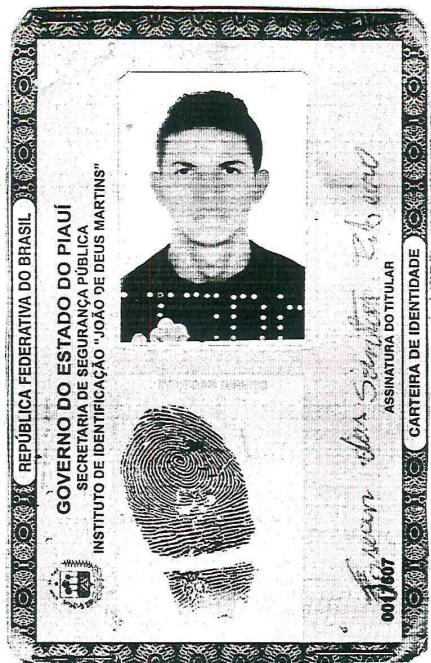
Josean dos Santos Ribeiro

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



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 23/08/2020 11:34:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008231132528760000010870285>  
Número do documento: 2008231132528760000010870285

Num. 11476795 - Pág. 1



 <b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ</b> Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI CNPJ: 06.840.748/0001-89   Insc. Estadual: 19.301.383-5 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98		<b>SEU CÓDIGO</b> 0416754-6																															
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)																														
DEZEMBRO/2019	30/12/2019	175	122,14																														
<b>MARIA LUZENT ALVES DOS SANTOS RIBEIRO</b> CJ. VILA LEAO 17 0-07 C-17 - ALTO DA CRUZ CPF: 00000808212354 CEP: 64.804-020 - FLORIANO																																	
<b>DADOS DA LEITURA</b> Atual: 19123 Anterior: 18948 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo Medido: 175 Consumo Faturado: 175 FCAM*		ROT: 200.800.17.05.027400 <b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 23/12/2019 Anterior: 25/11/2019 Próxima Leitura: 22/01/2020 Emissão: 20/12/2019 Apresentação: 23/12/2019																															
Forma de Faturamento: <b>NORMAL</b> Código de Irregularidade: <b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses		Dias de Consumo: 28																															
<b>RÉSID.BX.REND</b> MONO A971079 1.4.1.1 179		<b>DESCRIPÇÃO DA CONTA</b> CONSUMO 30 A R\$ 0,283975 = 8,51 70 A R\$ 0,486802 = 34,07 75 A R\$ 0,730211 = 54,76 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,50 DIFERENCA DE TARIFA 44,64 SUBVENCAO BAIXA RENDA 33,39- JUN/19 192 CORRECAO MONETARIA IG 10/19-00 0,89 MAI/19 162 MULTA POR ATRASC 10/19-00 2,63 ABR/19 174 JUROS POR ATRASC 10/19-00 1,53 MAR/19 182 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,26 FEV/19 165 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,85																															
<b>TARIFA SEM TRIBUTOS:</b> 0 A 30 - 0,212266 31 A 168 - 0,363978 169 A 175 - 0,545972																																	
<b>NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM</b> <p>Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/01/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERNA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.</p> <p>LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25</p> <p>Você pode optar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.</p>																																	
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 091C 8A91 5559.6556.1D09.9D16.BF44.CF9A <b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b> <b>IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$</b> <table border="1"> <tr> <td>Distribuição: 31,06</td> <td>Base de Cálculo: 141,98</td> <td>110,74</td> </tr> <tr> <td>Energia: 60,01</td> <td>A quota ICMS: 22,00%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 10,15</td> <td>Valor do ICMS: 31,23</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos: 4,96</td> <td>Valor do PIS: 0,73%</td> <td>0,81</td> </tr> <tr> <td>Tributos: 35,80</td> <td>Valor do COFINS: 3,40%</td> <td>3,76</td> </tr> </table>				Distribuição: 31,06	Base de Cálculo: 141,98	110,74	Energia: 60,01	A quota ICMS: 22,00%		Transmissão: 10,15	Valor do ICMS: 31,23		Encargos: 4,96	Valor do PIS: 0,73%	0,81	Tributos: 35,80	Valor do COFINS: 3,40%	3,76															
Distribuição: 31,06	Base de Cálculo: 141,98	110,74																															
Energia: 60,01	A quota ICMS: 22,00%																																
Transmissão: 10,15	Valor do ICMS: 31,23																																
Encargos: 4,96	Valor do PIS: 0,73%	0,81																															
Tributos: 35,80	Valor do COFINS: 3,40%	3,76																															
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIC</th> <th>FIC</th> <th>DMIC</th> <th>DICRI</th> </tr> <tr> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realizado</td> <td>6,03</td> <td>12,06</td> <td>24,12</td> <td>3,49</td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Período de apuração:</td> <td>10/12/2019</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>EUSO:</td> <td>44,52</td> </tr> </tbody> </table>					DIC	FIC	DMIC	DICRI	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Realizado	6,03	12,06	24,12	3,49	Conjunto	0,00		0,00	0,00				Período de apuração:	10/12/2019				EUSO:	44,52
	DIC	FIC	DMIC	DICRI																													
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral																													
Realizado	6,03	12,06	24,12	3,49																													
Conjunto	0,00		0,00	0,00																													
			Período de apuração:	10/12/2019																													
			EUSO:	44,52																													





**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 N°: 104346.000145/2020-57**

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Luzardo Ferreira Dos Santos

Data/Hora: 20/01/2020 - 19:33

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Data/Hora

06/08/2019 - 22:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

CAJUEIRO II

Município

FLORIANO

Endereço

AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO CAJUEIRO II, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

Endereço: CONJUNTO VILA LEÃO Q 7, Nº 17

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9423-5886

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR 160 BROS

Ano: Placa: Chassi:

2017 PSS0609 9C2KD1000HR000362

Renavam:

01102251876

Cor:

Preta

Condutor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

End: CONJUNTO VILA LEÃO, QUADRA 07, CASA 17 Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

Proprietário: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA 06/08/2019, POR VOLTA DAS 22:10 HORAS, PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA, MARCA HONDA NXR 160 BROS, PLACA PSS0609, COR PRETA, BATEU EM UM BURACO, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO CHÃO, ONDE A REFERIDA MOTO CAIU POR CIMA DA SUA Perna FRATURANDO A MESMA; QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, NESTA CIDADE DE FLORIANO-PI, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA Perna DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

*Josean dos Santos Ribeiro*  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - Noticiante

Responsável pela Informação

*Luccy Keiko Leal Parába*  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



HOSPITAL REGIONAL TÍBERIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, SR.  
MANGUINHA, FLORIANÓPOLIS - 84800-000  
CNPJ: 06.543.554/0100-62  
(89) 3522-1459 - (89) 3522-1913

### JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 24 ANOS, 9 MESES, 21 DIAS Profissão: PEDREIRO  
End.: VILA LEAO, 17 - QUADRA/07 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANÓPOLIS  
IBGE: 2203909 Cor: Parda Rua: MARIA LUZENA ALVES DOS SANTOS RIBEIRO PPI: VALDIVINO RIBEIRO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TÍBERIO NUNES  
Responsavel: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - O MESMO

### Fluxo de Atendimento (Atendimento)

Atendimento: P0662651 Registro: 104785  
Data: 06/08/2019 Hora: 22:33:00  
Funcionário: RAQUEL Tid: CONSULTA  
Sentido: 222 Serv: MASCULINO  
Gênero: MUS

CPF: 063.091.913-18 - RG: 3760444/SC - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 84800-000

### Procedimentos

06/08/2019 22:33 - 0501060061 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM AVEIÇÃO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco  Azul - Não Urgente

### Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

### QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MÍDIA

### OBSERVAÇÃO

### SINAIS VITIAIS

PA: 0 mmHg

TABC: 0%

PR: 0 bpm

FC: 0 bpm

Glicose: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

### ALERGIAS

NEGA

### MEDICAÇÃO USUAL

None

### CONDUTA

AO PLANTONISTA

03.12.19  
Sterlany

0000 - HOSPITAL TÍBERIO NUNES

0000 - HOSPITAL TÍBERIO NUNES

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 23/08/2020 11:34:40  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008231132528760000010870285  
Número do documento: 2008231132528760000010870285

Num. 11476795 - Pág. 5



NOBETH RESTAURANT & CATERING  
1248 1/2 14th Street  
MANHATTAN, NEW YORK 10010  
(212) 625-5400  
(800) 332-2481, 800-332-2481

**JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO**

End.: VILA LEAO, 17 - Ol. 205.07

COT: PABDA

### Technique (3)

COPIA FARDA 1890

Clinica: CLINICA MED. A. | Documento: 00000000000000000000000000000000

Responsible: JOSEAN L. DE VERA (0917 547 1022)

30/08/2019 22:33

Vermalde Fänge

## Quais principais?

### Example of the *if* block

### Diagnostic process

Barry

## Procedimentos/exames realizados

卷之三

Drosera

Facultad de Medicina de la Universidad de Colima  
Calle 16 de Septiembre 1000

03.12.19  
Götterdämmerung

Brillen oder -Nette für den Jungen

Responsible: ROSE - 2012-01-02 10:00:00



**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

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160441973290002

10 - NOME DA MÃE

MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

12 - ENDEREÇO

VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

104785

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/11/1994

9 - SEXO

Masc. X 1 Fem. 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9944-94896

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

PI

64800-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sociente com frôntrico de flacidez  
AH NURRADA

03/12/19  
03/12/19  
AH DIGITADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Verecunda de TTO cintura  
Acidente + Encravo flacidez + RX

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

M 84.1

Y 88.1

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050861

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

( ) CNS ( x ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/08/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra

Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CÓDIGO DO DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( x ) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Osmundo de Moraes Andrade  
CRM-PI 078.977.823-87  
AUTORIZADOR

804

22/9/2024/6/0



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
2 - CNES: 2365146  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
4 - CNES: 2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
6 - N° DO PRONTUÁRIO: 104785  
7 - CÁRTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 160441973290002  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/11/1994  
9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 2  
10 - NOME DA MÃE: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO  
11 - TELEFONE DE CONTATO: (89) 9944-94896  
12 - ENDEREÇO: VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORIANO  
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2203909  
15 - UF: PI  
16 - CEP: 64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

*Doente com frotos de falso*

*03/12/19  
sterilarey*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:

*Veredas de 70 cm*

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

*Acne + exoflúos + Rx*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

21 - CID PRINCIPAL: 22 - CID SECUNDARIO: 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 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/08/2019

32 - ASS. E CÁRIMBO N° DO CRM: Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHÉTE: 38 - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR: M220390901

45 - CÓDÍMETO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF: 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 48 - ASS. E CÁRIMBO (N° DO REGISTRO DO CÔNSELHO)



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

endimento	1077309
ata:	06/08/2019
ora:	23:38

Nº AIH

MARIZA

## BOLETIM DE ADMISSÃO

04785 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

OLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 15/11/1994 - 24 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS

linica: ORTOPEDIA Enfermaria: 37- CENTRO CIRURGICO Leito: SP02 Convênio: SUS

scolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

PF:063.094.913-18 RG: 3768444/pi C/N: SIS Prenatal:

ndereço: VILA LEAO, N° 17 - CEP: 64800-000 Bairro: ALTO DA CRUZ

idade: 2203909- FLORIANO/PI Profissão: PEDREIRO Telefone: ( ) -

ai: VALDIVINO RIBEIRO Mãe: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

esponsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

Sim

Não

Resultado Adm.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

### História Clínica

Rx de Aluno P

03/12/19

Soterlary

### Diagnóstico Provável

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TEC: 13135

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA



## Evolução Clínica

Tendimento  
077309

Paciente  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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

Data/Hora

06/08/19

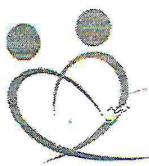
# Socorro com fratura clav

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 3918 TECI 13135

03/12/19  
sterilang

Unifac  
Unifac





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

077309 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data: 06/08/2019

Diag. Cirúrgico:

Fractura articular fixa

Cirurgia:

Fractura ilíaca + fix. de ferme

Descrição da Cirurgia:

① Isolamento de lesões  
② Limpeza ecoliseis  
③ Revisão vascular  
④ Drenagem espontânea  
⑤ Curativo

Cirurgião:

Dr. Coqueiro

1º Auxiliar:

Enfermeiro

2º Auxiliar:

Dr. Coqueiro

Anestesista:

RAQUI  
 CAUDAL

GERAL  
 TRONCULAR

OUTRAS:

03/12/19  
sterilized

SAMS  
Hospital Regional Tibério Nunes  
CNPJ: 06.333.333/0001-82





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1640

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	Joséin dos Santos Rebeiro	
Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO	104785

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:	Trat cirúrgico de Ombro artrose de Tabis 'D'	
--------------------------------	--	--

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
------------------------------	--	--

### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME	Dr. Conegundes	
CRM Nº	CPF Nº	

DATA INTERNAÇÃO	06 / 08 / 19	DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL	19 / 08 / 19
-----------------	--------------	-----------------------------	--------------

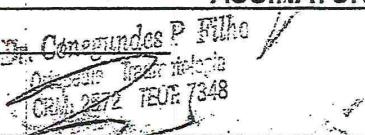
### MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM (Tabela SUS)		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)			
		05 und	Lote Número: V11679109	Fabricação: 06/2019	Validade: 03 Anos	Código: 267 Quantidade: 01 PC
			Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa			
			Nome Comercial: Fixador Externo			
			Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO ARTICULADO - F.T. 1014/6			
			Número de Registro ANVISA: 80046530020	Mat. Fabric.: INOX E ALUM.		
			Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.			
			Estr. Dúlio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078			
			Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858			
			Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização			
			Ver Instruções de Uso em <a href="http://www.implantec-ortopedia.com.br">www.implantec-ortopedia.com.br</a>			
			V11679109	FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO		
			Produto Médico Não-Invasivo	Classe 1		
			Lote Número: V145261515002	Fabricação: 06/2019	Validade: 03 Anos	Código: 2.345 Quantidade: 06 PCS
		06	Nome Técnico: PINO IMPLANTÁVEL			
			Nome Comercial: PINO DE SCHANZ			
			Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM			
			Número de Registro ANVISA: 80046530010	Mat. Fabric.: ASTM F138		
			Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.			
			Estr. Dúlio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078			
			Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858			
			Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização			
			Ver Instruções de Uso em <a href="http://www.implantec-ortopedia.com.br">www.implantec-ortopedia.com.br</a>			
			V145261515002	PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO		
			Produto Médico Invasivo	Classe 3		

### DADOS

EMPRESA:	IMPLANTEC
ENDEREÇO:	

### ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM _____	Dr. Conegundes P. Filho	EM _____	19 / 08 / 19
 Oficina de Ortopedia		 Underval C. Alves	
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.

03/12/19  
Intervlanex



# **Secretaria de Saúde do Estado do Piauí**

## **Hospital Regional “Tibério Nunes”**

### **Floriano - Piauí**

## Folha de Anestesia

Nome: <u>Joseana dos Santos Ribeiro</u>		Registro: _____				
Enf.:	Leito:	Apto.:				
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatriz	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório		Q3 12 19		Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório		ASA		Assina	Bronquite	
Sistema Digestivo		Sistema Urinário				
Estado Mental		Corticóides		Ataráxicos	Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco				
Pré-Meditação (Agentes e Doses)		Aplicado As:		Efeitos:		
Agentes Anestésicos	Oxigênio	TOTAL DE DOSES				
SOLU	100	13/6 + 1000 mg x 1000 mg				
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100	200 - 1000 mg x 1000 mg				
Temperatura T°	C 260 240	200 - 1000 mg x 1000 mg				
P. Arterial V A	38 180 160	200 - 1000 mg x 1000 mg				
Pulso	36 150 140	200 - 1000 mg x 1000 mg				
Início e Fim Anestesia X	34 120 100	200 - 1000 mg x 1000 mg				
Início e Fim Operação	32 80 60	200 - 1000 mg x 1000 mg				
Respiração	30 40 20 10	200 - 1000 mg x 1000 mg				
SÍMBOLO					SEQUÊNCIA	
Técnica:	José Ruyundo Coje R. Filho				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
				DURAÇÃO		Incidentes - Acidentes





**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

1640

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	<i>Joséan dos Santos Rebeiro</i>	
Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO <i>104785</i>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: <i>Trat cirúrgico de Pseudoartrose de Tibia "D"</i>		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	<i>Dr. Concepcion</i>	
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO <i>06/08/19</i>		
DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <i>19/08/19</i>		
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	<i>01 und</i>	Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade: V11679109 06/2019 03 Anos 267 01 PC Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa Nome Comercial: Fixador Externo Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO ARTICULADO - F.T. 1014/6 - Número de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM. Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda. Estr. Duílio Beltramini,8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078 Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instruções de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br <b>FABRIC RECOMENDADA USO UNICO-ESTERIL-ETO</b> Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1
	<i>03/12/19</i>	Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade: V145261515002 06/2019 03 Anos 2.345 06 PCS Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL Nome Comercial: PINO DE SCHANZ Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138 Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda. Estr. Duílio Beltramini,8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078 Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instruções de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br <b>PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO</b> Produto Médico Invasivo - Classe 3
DADOS		
EMPRESA:	CNPJ N°	
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM <i>19/08/19</i>	EM <i>19/08/19</i>	
<i>Dr. Concepcion P. Filho</i> <i>Ortopedista Traum. Iatrog.</i> <i>CRM-PI 7348</i> <i>Médico Responsável</i> <i>(Assinatura e carimbo)</i>		<i>Lindoval Cláudio Alves</i> <i>ENF. COLEÇÃO 154.097</i> <i>Responsável pela autorização</i> <i>(Assinatura e carimbo)</i>

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.





## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

paciente	Israela dos Santos Ribeiro		D.N	15/11/99
data:	19/08/19	Admissão às	17:15	Prontuário
Procedimento	Anestesia		Procedimento realizado	Resutura de Tibia

### DADOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cezar CIRURGIÃO: Dr. Longuini

VALORES (HORÁRIO DE INÍCIO: )

	15° / 17:30	15°	15°	15°	30°	30°	30°	30°
RR	113 / 62	116 / 61	125 / 72					
HR	56	59	58					
SpO2	98	98	100					
0-10)								
Func.	0	0	0					

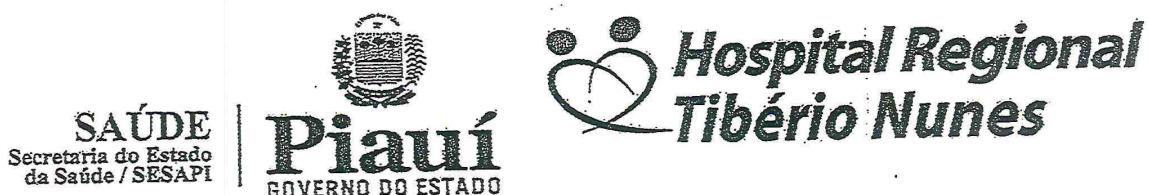
ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30°	60°	120°	Observação
idade	Capaz de mover os membros	4	2				
	Capaz de mover 2 membros	2	1	X			
	Incapaz de mover os membros	0	0				
suação	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	X			
	Dispneia ou limitação da respiração	1	1				
	Apneia	0	0				
consciência	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	X			
	PA 20-49% do nível anestésico	1	1				
	PA 50% do nível pré-anestésico	0	0				
capacidade de gênio	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	X			03/12/19 Ostomia
	Desperta se solicitado	1	1				
	Não responde	0	0				
saturação de oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	X			
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1	1				CPAP 6L/min
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0	0				
TOTAL		09					

ALTA às \_\_\_\_\_

Ass. Médico:

Carvalho  
03/12/2019





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Joséon dos Santos Ribeiro ou meu responsável \_\_\_\_\_ AUTORIZO a realização do procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de \_\_\_\_\_.

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;

Floriano (PI), 19 de Agosto de 2019

03/12/19 Joséon dos Santos Ribeiro  
Sisterlarey Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha



## MATERIAL DE SALA

01	ÁLCOOL	300ml
02	AGULHA DESCARTÁVEL	2un
03	ALGODÃO	
04	ABOCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	02un
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01un
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	
16	GASES	06 pcts
17	GESSO	
18	KIT TORÁCICO	
19	LUVA ESTÉRIL	04 pares
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS	02 pares
21	LÂMINA DE BISTURI Nº 15	
22	LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01un
23	LENTE INTRAOCCULAR	
24	MÁSCARAS	04un
25	OXIGÉNIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60ml
27	POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTÁVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	1un
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGÊNIOTERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM ( ) NÃO (x)
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM ( ) NÃO (x)
RECURSOS TERAPEUTICOS		
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		

FIOS		
01	CROMADO COM AGULHA Nº	11 VICRYL 8
02	CROMADO S/ AGULHA	12 CERA P/ OSSO
03	FIO DE ALGODÃO	13 FITA CARDIACA
04	FIO DE SEDA	60mz de enteralis 04un
05	KIT OFTALMOLÓGICO	60 - pzs 04 pares
06	LIG. CLIPS	
07	MONONYLON Nº	
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01un
10	VICRYL 0	

RESUMO DO FATURAMENTO		
01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA	
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA	
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPEUTICOS	
04	TOTAL DE FIOS	
05	TOTAL GERAL: =	$1 + 2 + 3 + 4 =$



Paciente: <u>Dra. Lúcia Souto, Libano</u>		Procedimento: <u>Trat. Crônico de fúero estrelado de T1</u>
Auxiliar: <u>Lívia Mendes</u>		Anestesista: <u>Dra. Sofia</u>
Enfermeiro: <u>Lívia Mendes</u>		Circulante: <u>Dra. Sofia + Dra. Lúcia</u>
<p>Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: identificação do cliente: Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p><u>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:</u></p> <p>Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u></p>		
<p>Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		
<p>Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Número de compressas antes do procedimento: <u>05</u></p>		
<p>P.A: <u>106X51mmHg</u> SpO2: <u>100%</u> P: <u>88ppm</u></p> <p>P.A: <u>117X55mmHg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>88ppm</u></p> <p>Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</p> <p><i>"Use hidratante, hidratação, oxigênio, Fio de Ringer Lactato, Fato de Fibrina"</i></p>		
<p>INFERMEIRO: <u>Lívia Mendes</u></p> <p>TEC. EM ENFERMAGEM: <u>Lívia Mendes</u></p> <p>CIRURGIA: <u>Lúcia Souto, Libano</u></p> <p>ANESTESIA: <u>Dra. Sofia + Dra. Lúcia</u></p>		

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
ELIO ORIANO-P.

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					PREScriÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
DATA	06/08/19	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINIC 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. FLUAT 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X/DTA						
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						



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI

NOME DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALAS	ENF. OU APT.	LEITO		ORTOPEDI
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO MEDICAÇÃO	
SONORA DE LIMA 01/08/11						
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 4G - 04 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. THIAFIL 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 40MG - 04 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. SSW + CCGG						



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI

NOME <u>José Luiz</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
PREScriÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
DATA		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01.	DIETA LIVRE				
02.	JELCO HIDROLISADO	1800/06			
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.	THIAFL 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS				
07.	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08.	OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DA				
09.	PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10.	CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11.	GURATIVO				
12.	SSVV + CCGG				



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

to be fine

NOME DATA	ALIA PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
					HORÁRIO MEDICAÇÃO
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFANOTINA 400MG - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
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 (S/N)					
08. CLOFENAPAC 400MG - 01 AMP 8/8 HORAS (S/N)					
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. Soluções Volumétricas					





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

NOME DATA	ALA PREScriÇÃO MÉDICA	ENF. OU APT. RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	LEITO HORÁRIO MEDICAÇÃO	ORTOPED	
				OBSERVAÇÕES	ORTOPED
					ORTOPED
01. DIETA LIVRE				Obs: 12:00 - pect: Sanguinea Onci: Raspador: Nc. (afastar) C. (mudar) (remover)	
02. JELCO HIDROLISADO				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
04. GEFENOTINATE 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
06. CAPTOPRIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
07. TRAMAL 100MG + 100ML 5% 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
08. ACEXANE 40MG - 01 AMP SC/24H				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
11. CURATIVO				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	
12. SSW + CCGG				Obs: 12:00 - Sanguinea C. (mudar) (remover)	

Dr. Felipe Nunes de Almeida  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 4315 / TEF 14175

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

NOME	DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
							HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE							10: 30h. Coluna	
02. JELCO HIDROLISADO							06:00h, 12h, 18h, 24h	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS								
04. GEFALOTINA 4G - 04 AMP IV DE 6/6 HORAS								
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS								
06. THALIT 20MG - 04 AMP IV DE 12/42 HORAS								
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (SN) //								
08. CLEXANE 40MG - 04 AMP SG 1X/DIA //								
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN) //								
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg //								
11. CURATIVO								
12. SSVV + CCGG								



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO  
ELÉTRIANO-PI

ALAS	ENF. Q/A PT.	LEITO Q/1	ORTOPEDI
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA 13/08/11	Refrecoce	HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE			
02. JELCO HIDROLISADO	1800		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1800		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			
06. ATALI 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 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			
Dr. Celso Antônio Ferreira Gomide Ortopedia e Traumatologia entreei no tratamento		PA = 140x80 norm. Abd. realizado SSVV: 1:36,2°C, 1: Q = 0,3 rpm, PA = 120x80 mmHg	



**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO  
ELZIRIANO PIRES**

NOME Terezinha dos Santos DATA 14/05/11  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRI  
FERNANDO PI

ORTOPEDI		ORTOPEDI	
ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	44
PREScriÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA 15/07/15		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE		02. JELCO HIDROLISADO	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		04. CEFATOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		06. THIATH 20MG - 04 AMP IV DE 12/42 HORAS	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		08. CLEXANE 40MG - 04 AMP SC 4X/DA	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	
11. CURATIVO		12. SSWV + CCGG	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI

NOME Júdice da Cunha	DATA 18/10/81	ALA	ENF. OU APT. 18	LEITO 41	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
						HORÁRIO MEDICAÇÃO
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	18	06			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. GHEXANTE 40MG - 01 AMP SC 1X/DA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVW + CCGG						





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano-Piauí

Nome:	Thalles Oliveira
Endereço:	Rua das Flores
Data:	21/08/2020
Ass.:	Ass. Ativo

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente: Thalles Oliveira, 20, febre  
Data de Nascimento: 1/1/1990  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Dados Clínicos: \_\_\_\_\_

Exames: Solicitados (Máximo de três do mesmo material)  
Exame: Hb, Glic.

Data da Consulta: \_\_\_\_\_  
Dr. Consultor: \_\_\_\_\_  
Assunto: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico



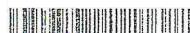


## HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62      Telefone: (89) 3522-1489  
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANÓ/PI

18/01

Atendimento: E0184959



INTERNADO

Coletado:

Data: 13/08/2019

Paciente: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Convênio: SUS

Leito: 0041 Enfermaria: 18

Sexo: MASCULINO

Idade: 24 ANOS,8 MESES,21 DIAS

Impresso: 13/08/2019

### HEMOGRAMA

Material:

Método:

#### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	5,6 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	14,9 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	44,3 %	40 a 52 %
VCM	79,11 u <sup>3</sup>	80 a 100 U <sup>3</sup>
CM	26,61 pg	26 a 34 pg
OBSERVAÇÕES	33,63 %	31 a 36 %

#### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8.060 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS	65 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS	2 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS	26 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS	7 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
FAZEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	244.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /µL

#### OBSERVAÇÕES

#### ERITRÓCITOS

#### OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 0676-ROBERTO DA FONSECA NETO MOUSINHO

realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames Hematologia (Advia 60) com revisão em lamina: Rioquimira/Rio 2001



Assinado eletronicamente por: THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA - 23/08/2020 11:34:43

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082311325599900000010870295>

Número do documento: 20082311325599900000010870295

Num. 11476805 - Pág. 4

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: 3200036335

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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\$ 168,75

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

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 0000096889-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

