

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a civil process.

The main title bar reads: PJe ProceComCiv 0801137-24.2020.8.18.0028 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO X GENTE SEGURADORA SA

The left sidebar shows a file tree with the following structure:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13321273 - CONTESTAÇÃO
 - 13321275 - CONTESTAÇÃO (2762374 CONTESTACAO 01)
 - 13321278 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13321280 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13321281 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13321282 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel displays a document titled "downloadBinario.seam" page 1 / 14. The document header includes the date "2762374- C3/ 2020-04024/ INVALIDEZ" and the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The body of the document contains the text: "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANÓPOLIS/SC".

The bottom status bar shows the date "24/11/2020" and time "09:20".



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
13321 278	24/11/2020 09:11	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 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: 3200036335 Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do Acidente: 06/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01023/01024 - carta_01 - INVALIDEZ

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, contados 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 n° 15410945



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Núm. 13321278 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 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, 28 de Janeiro 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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

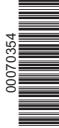
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. 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

Pag: 0070700708 - carta_02 - INVALIDEZ



00070354

Carta nº 15437520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 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

Informações sobre o pagamento da inden

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: $1,25\% \times 13.500,00 =$ R\$ 168,75

Recebedor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 0000096889-8

Tipo: **CONTA POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Sugardasa Lata. B. W.





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:

Nome completo da vítima:

063.094.913-18 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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

5 - Nome completo:

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

CPF: 063.094.913-18

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

FEIJARO

CONJ. VILA LEÃO Q. 07 C. 77 CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

FEIJARO DA CRUZ FLOCIANO PI

14 - CEP:

64804-020

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD)

1891994235886

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0638

CONTA: 0638 96889 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 (vainasor)? Sim Não31 - 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

JOELMA 07/01/20
Joséan dos Santos Ribeiro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 5

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200036335
Nome do(a) Examinado(a): Josean dos Santos Ribeiro
Endereço do(a) Examinado(a): CL VI Leao, 17 Qd 07
Alto da Cruz Floriano PI CEP: 64804-020
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.768.444
Data local do acidente: [06/08/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] Floriano [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
REFRATURA DA TÍBIA DIREITA.

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

Tratamento: FEZ TRATAMENTO MÉDICO COM DEZ DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES DE FLORIANO (PI), E CIRÚRGICO COM REDUÇÃO INCRUENTA E COM FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO, FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

Complicações: TEVE PSEUDOARTROSE.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ DE TER USADO FIXADOR EXTERNO NA Perna DIREITA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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

Elaine Ricardo Ramos Bilibio
Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
SaludSEG
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606





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: 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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA NXR 160 BROS

2017 PSS0609 9C2KD1000HR000362

01102251876

Preta

Condutor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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

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, QUALIFICADA ACIMA, PELA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO CAJUEIRO II, NESTA CIDADE, QUANDO 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

Luzardo Ferreira Dos Santos
Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 136.331-7



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240911486930000012599428>
Número do documento: 2011240911486930000012599428

Página 1/1

Num. 13321278 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 063.094.913-18 4 - Nome completo da vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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

5 - Nome completo: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO 6 - N° PIS: 063.094.913-18
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDDI): 1891994235886
 9 - Número: 10 - Complemento: 17 - Logradouro: 18 - CEP: 19 - Telefone:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0638	CONTA: <input type="text"/> 06.96889	8	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 2020-01-01-20

+ Josean dos Santos Ribeiro

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Iura do Representante Legal (se houver)

002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

063.094.913-18 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

063.094.913-18

7 - Profissão:

Ribeiro

8 - Endereço:

Av. VILA LEÃO Q. 07 C.

9 - Número:

17 CASA

11 - Bairro:

NITRO DA CRUZ

12 - Cidade:

FLORIANÓPOLIS

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

69804-020

15 - E-mail:

1891994235886

16 - Tel.(DDDI)

1891994235886

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 063.96889

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido;
- 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 Lider 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não 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 Lider pagará, caso devidamente, 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, 2020

+ Josean dos Santos Ribeiro

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lura do Representante Legal (se houver)

002/2019

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANÓ/PI - 64800-000
CNPJ: 06 513.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0662651

Registro: 164785

Data: 06/08/2019

Horário: 22:33:00

Funcionário: RAQUEL

Tipo: CONSULTA

Senha: 222

Sexo: MASCULINO

SUS

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS Profissão: PEDREIRO

CPF: 063.091.913-18 - RG: 3768444/PI - SUS:

End.: VILA LEAO, 17 - QUADRA/07

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO/PI

IBGE: 2203909 Cor: Parda

Nº: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

Pa: VALDIVINO RIBEIRO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - O MESMO

Procedimentos

06/08/2019 22:33 03010600a1 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO 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 MÍD

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO PLANTONISTA

03/12/19
Isterlaney

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240911486930000012599428>
Número do documento: 2011240911486930000012599428

Num. 13321278 - Pág. 10

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000096889-8

Nr. da Autenticação 92995714E644B8B0



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 11



Para contactarnos, informate en el NÚMERO!!

SEU CÓDIGO:
0416754-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | insc. Estadual: 19.301.363-5
Neca Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Raspagem especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 31802289

1502289

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	30/12/2019	175	122,14

MARIA LUIZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO
CJ VILA LEAO 17 0-07 C-17 - ALTO DA CRUZ
CEP: 20000-000

© 2005 SAGE

CPF : 0000000000000000	ROT: 200.800.17.05.027400
CEP: 64.804-020 - FLORIANO	DATAS DA LEITURA
DADOS DA LEITURA	NWB
Atual:	19123
Anterior:	18948
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo Medido:	175
Consumo Faturado:	175
	ECAM*
Atual:	23/12/2019
Anterior:	25/11/2019
Próxima Leitura:	22/01/2020
Emissão:	20/12/2019
Apresentação:	23/12/2019

Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de irregularidade:	Dias de Consumo:	28
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fct.
RESID. BX. RENDA	MONO	A971079		1.4.1.1 179
HISTÓRICO kWh/mês				DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo				
NOV/19	212	CONSUMO	30 A R\$ 0,283975 =	8,51
OUT/19	193		70 A R\$ 0,486802 =	34,07
SET/19	229		75 A R\$ 0,730211 =	54,76
AGO/19	165	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		8,50
JUL/19	173	DIFERENCA DE TARIFA		44,64
JUN/19	192	SUBVENCAO BAIXA RENDA		33,39
MAI/19	162	CORRECAO MONETARIA IG 10/19-00		0,89
ABR/19	174	MULTA POR ATRASO 10/19-00		2,63
MAR/19	182	JUROS POR ATRASO 10/19-00		1,53
FEV/19	165	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,26	
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,85	
TOTAL SEM TRIBUTOS:				
0 A 30	- 0,21275			
31 A 100	- 0,36970			
101 A 150	- 0,545973			

NOTIFICAÇÃO DE REAVENCIMENTO / MENSAGEM

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 SCSB/S. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

11/2019 177,55

ESTE AVISOU

Manuscript accepted without revision; this version is available at: <https://doi.org/10.1017/S0950268820000218>; posted with permission by author(s) and publisher.

RESERVADO AO FISCO 091C-8A91-5559-6556-FD99-9016-BF44-CF9A
COMPOSIÇÃO: 091C-8A91-5559-6556-FD99-9016-BF44-CF9A
IMPRESSÃO: 091C-8A91-5559-6556-FD99-9016-BF44-CF9A



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240911486930000012599428>
Número do documento: 2011240911486930000012599428

Núm. 13321278 - Pág. 12



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDNAN SOARES SOARES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.094.913 / 18,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.094.913 / 18, 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 Lider-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>391</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Morros</u>	Cidade:	<u>Florianópolis</u>	Estado:	<u>SC</u>
E-mail:				CEP:	<u>84806-405</u>
				Tel.(DDD):	<u>(49) 99423 5886</u>

Local e Data: Flo - PZ 20-01-20

Ednan Soares Coutinho

Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DE VILA LEÃO	REGIÃO NORDESTE	Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
CEP: 58700-000	UF: PI	RG: 104783
MANGARÉVA	CEP: 58700-000	DATA: 20/11/2019
LADOP-06	UF: PI	HORA: 12:00
CEP: 58700-052	CEP: 58700-000	SUS: CONSULTA
		SUS: PRATICIANO
		Senha: 222
		SUS

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Nasc.: 15/11/1994

End.: VILA LEÃO, 17 - QD.

Cor: PARDAS

RG: 123456789

CPF: 000.000.000-00

CEP: 58700-000

TEL: 85-987654321

EMAIL: JOSEANRIBEIRO@GMAIL.COM

Clinica: CLINICA MED

Responsável: JOSEAN

RG: 123456789

CPF: 000.000.000-00

CEP: 58700-000

TEL: 85-987654321

EMAIL: JOSEANRIBEIRO@GMAIL.COM

Cidade: FLORIANÓPOLIS

UF: SC

CEP: 88040-000

TEL: 48-3212-1234

EMAIL: FLORIANOPOLIS@GMAIL.COM

Pais: VALDINHO RIBEIRO

Sexo: F

Data: 05/08/2019

Peso: Kg

Altura: m

Observações:

05/08/2019 12:33

Verbalmente

Queixa principal:

Edema e dor no joelho
de 2 dias, piora.
I tiba! 28kg
Exm. ortopedia.

Medicação:

Gantax

Diretora M. Anaísa Neto
Médico
CRM 1402-PI

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

ORTOPEDIA

Paciente com uso de colchão de inflado e
pés já de dilatação

① Consultado



03/12/19
sterilanex

03/12/19
sterilanex

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Inscrever: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

0000 HOSPITAL REGIONAL DE VILA LEÃO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17

http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428

Número do documento: 20112409114869300000012599428

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO	104785
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
160441973290002	15/11/1994
10 - NOME DA MÃE	9 - SEXO
MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO	Masc. X 1 Fem. 2
12 - ENDEREÇO	11 - FONE DE CONTATO
VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ	(89) 9944-94896
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
FLORIANO	15 - UF
	16 - CEP
	2203909 PI 64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sociente com frotens de falso AM HUMERADA

03/12/19

Portaria - AIH DIGITADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Auxente + excreta fuso + Rx

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

M 84.1 Y 88.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050861

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASS. E CARIMBO N° DO CRM

06/08/2019

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

Ortopedia Traumatologia

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

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

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

CNPJ 11.000.000/0001-00

CPF 078.977.823-87

45 - COD. DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

078.977.823-87

2011240911486930000012599428

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17

http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240911486930000012599428

Número do documento: 2011240911486930000012599428

tendimento	I077309
Data:	06/08/2019
Hora:	23:38

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

Nº AIH
MARIZA

BOLETIM DE ADMISSÃO

L04785 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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

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

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

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

Endereço: VILA LEAO, Nº 17 - CEP: 64800-000 Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: 2203909- FLORIANÓ/PI Profissão: PEDREIRO Telefone: () -

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

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

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resultado	Adm.: _____ / _____ / _____	Alta: _____ / _____ / _____
		Curado	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
		Melhorado	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
		Inalterado	<input type="checkbox"/>	Obito
		Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina
		Transferido		

História Clínica

Rx de dano P

03/12/19

sterlany

Diagnóstico Provável

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ 3918 TEOT: 13125

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA



Evolução Clínica

Atendimento 1077309	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.





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

1077309 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data: 06/08/2019

Diag. Cirúrgico: _____
Paciente com ferida

Cirurgia: _____
Rondônia cecopex + fix. de ferida

Descrição da Cirurgia: _____
*O despeço f. de ferida
o fez cecopex
o fez cecopex
o fez cecopex
o fez cecopex*

Jurígo: _____
Dr. Coqueiro

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____
Redondo

Anestesista: _____
Dr. Cid

Anestesia:

- RAQUI
 CAUDAL

- GERAL
 TRONCULAR

OUTRAS: _____

03/12/19
sterilney

SAMB
CNPJ: 00.000.000/0001-02



RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME
OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.030.657
SÉRIE:1

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída 1
Nº 000.030.657
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

2219 0911 6641 1800 0130 5500 1000 0306 5710 0000 0016

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190013080399 - 2019-09-06T13:45:12-03

CNPJ
11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOSSO CARRO

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

CNPJ/CPF
06.553.564/0103-62

ENDERECO

RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

BAIRRO/DISTRITO

MANGUINHA

DATA DA EMISSÃO
06/09/2019

MUNICÍPIO

Floriano

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

06/09/2019

FONE/FAX

(89) 3522-1323

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

13:46:08

RA/DUPLICATA

Data Vto. Valor
001 06/10/2019 1.054,91

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.054,91
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VAL. APROX. TRIB.

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA
1.054,91

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
R:MAGALHAES FILHO,175		MUNICÍPIO TERESINA		UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P.TRIB.
006993	0702030422 - FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA SISTEMA DE ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO (Ref.: 367 Qtd.: 1 Lote: V11679109) (Ref.: 2345 Qtd.: 0 Lote: V145261513009)	90211020	040	5102	UN	1.0000	1.054,9100	1.054,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

10/11/2020
CNPJ: 06.553.564/0103-62

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
(PACT: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO) (CONV: SUS) (DR: CONEGUNDDES P. FILHO) (DATA: 19/08/2019)
(HOSP:REGIONAL TIBERIO NUNES)

RESERVADO AO FISCO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240911486930000012599428>

Número do documento: 2011240911486930000012599428

Num. 13321278 - Pág. 20



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1640

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

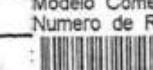
Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Rua Magalhães Pinto, 1135 Centro/RN
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: LIW9XI 931 20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

E-mail: spineomedical@spineomedical.com
Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME	<i>Joséon dos Santos Ribeiro</i>		Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO <i>104785</i>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			<i>Trat cirúrgico de pseudo artrose de Tibia "D"</i>		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE					
MÉDICO RESPONSÁVEL					
NOME	<i>Dr. Conegundes</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>		Loja Numero: Fabricacao: Validez: Código: Quantidade: V11679109 06/2019 03 Anos 287 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: 5083950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br			
		V11679109  IMPLANTE Lote Numero: Fabricacao: Validez: Código: Quantidade: V145261515002 08/2019 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. Dúlio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078 Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br			
		V145261515002  IMPLANTE Lote Numero: Fabricacao: Validez: Código: Quantidade: V145261515002 08/2019 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. Dúlio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078 Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br			
DADOS					
EMPRESA:					
ENDEREÇO:					
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS					
EM _____	<i>Dr. Conegundes P. Filho</i>		EM _____	<i>19/08/19</i>	
<i>Dr. Conegundes P. Filho</i> CRM: 28572 TEUF: 7348			<i>Lindolfo C. Alves</i> CRM: 28572 TEUF: 7348		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)			Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)		

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



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
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina
Exame de Urina		Hemotócrito	
		Glicemia	Dos. Uréia
Inção Respiratória			
Sistema Circulatório		03/12/19	Eletrocardiograma
Sistema Respiratório		<u>Asma</u>	Assina _____ Bronquite _____
Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
Estado Mental		Corticóides	Ataráxicos
Diagnóstico Pré-Operatório		Outros	
Pré-Meditação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio <u>Solo</u> 3	TOTAL DE DOSES	
LIQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100	<u>1 1/2 das regular</u>	
Temperatura T°	C 260 240 220 38 180 160 36 150 140 34 120 100 80 60	SEQUÊNCIA	
P. Arterial V A Pulso Início e Fim Anestesia X	32 40 30 20 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Início e Fim Operação	30	DURAÇÃO	
Respiração O			
SÍMBOLO			
Técnica: <u>des</u>	José Raimundo Café R. Filho Médico CRM - PI 4920	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

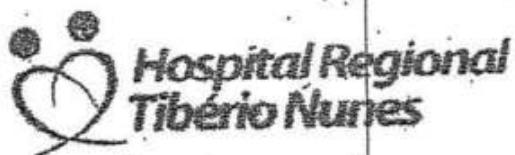
E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Joséan dos Santos Rebeiro	
Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO 104785	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: Trat cirúrgico de Pseudo artrose de Tibia "G"		
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.)
01 und		Lote Número: V11679109 Fabricação: 08/2019 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. Implante Material 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 Instrução de Uso em www.implantes-ortopedia.com.br V11679109 * FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1
03 / 12 / 19		Lote Número: V145261515002 Fabricação: 08/2019 Validade: 03 Anos Código: 2.345 Quantidade: 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 Implante 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 Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br V145261515002 * PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO Produto Médico Invasivo - Classe 3
06		
DADOS		
EMPRESA:	CNPJ Nº:	
ENDERECO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM _____ / _____ / _____ Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 22777 / TEF: 7348	EM 19 / 08 / 19 Lindolfo Ciniano Alves ENE: CONEG/PI/44.897	
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.





RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	José da Silva Santos Ribeiro	D.N.	15/11/94
Data:	19/03/19	Admissão às	17:15
		Prontuário	104.785
Alergia	Alérgico ao cloraseptol	Procedimento realizado	Ressecção de Tuber b

DADOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lúcio CIRURGIANO: Dr. Longuinhos

LES (HORÁRIO DE INÍCIO:)

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
dade	Capaz de mover os membros	4	2				
ra sob o	Capaz de mover 2 membros	1	X				
ndo	Incapaz de mover os membros	0					
ão	Respira profundamente ou tosse livremente	2	X				
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
ilação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	X				
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					03/12/19
ciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	X				Sterilane
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
ração de	Maior que 92% respirando em ambiente	2	X				
ênio	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					CINTO CASA SANTOS
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
	TOTAL	09					

ALTA às _____

Ass. Médico:

*Ednan Soares Coutinho
Dr. Lúcio C. R. Filho - JU
03/12/19*





CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

03/12/19
Dsterlarey

Nome do Paciente: Joséan dos Santos Ribeiro Reg. Same: _____
 Cirurgia: Trat. limúgios de pseudo artrose de Tibia Dí: 05
 Cirurgião: Dra. Bonegrande Auxiliar: _____
 Instrumentador: Lindoval Circulante: Regina + Jesus
 Data: 19/08/19 Início: 16:15 Término: 17:00 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	LABORATORIO	QUANT.	UNID.	SUBTOTAL
11 ADRENALINA				
12 ALBUMINA HUMANA				
13 TROPINA				
14 ÁGUA DESTILADA				
15 AMPICILINA				
16 ADRENOPLASMA				
17 CEDILANIDE				
18 CLORETO DE POTÁSSIO				
19 CREME VAGINAL				
20 COLÍRIO				
21 CEFALOTINA 1g				
22 CLORAFENICOL				
23 DECADRON				
24 DOLASSAL				
25 DORMONID				
26 DOLANTINA				
27 EFORTIL				
28 ETER ANESTÉSICO				
29 FLAXEDIL				
30 FLEBOCORTID				
31 GARAMICINA				
32 GLUCONATO CÁLCIO				
33 HALATONE ML				
34 INOVAL				
35 KETALAR				
36 METRONIDAZOL INJETÁVEL				
37 MANITOL 20%				
38 METHERGIM				
39 METILCELULOSE				
40 OCITOCINA				
41 PLASIL				
42 PROSTIGMINE				
43 POMADA OFTALMOLÓGICA				
44 QUELICIM				
45 QUEMICETINA				
46 RINGER-LACTADO				
47 SORO FISIOLÓGICO				
48 SORO GLICOSADO				
49 TRANSAMIN				
50 THIONEMBUTAL				
51 VALIUM				
52 VITAMINA K				
53 XILOCAÍNA 0,5% Nérocaína possoz 0,5% 0,1amp				







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
Alecrimarey Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

Assinatura Testemunha



MATERIAL DE SALA

01	ÁLCOOL	30ml
02	AGULHA DESCARTÁVEL	2unxs
03	ALGODÃO	
04	ABOCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	02 mts
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 mts.
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	
23	LENTE INTRAOCULAR	01 mts.
24	MÁSCARAS	04 mts
25	OXIGÉNIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60ml
27	POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTÁVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	1mt.
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	
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	SURGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM () NÃO (x)
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM () NÃO (x)
44	USO DE RADIOPAQUES	RECURSOS TERAPÉUTICOS
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		

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	Gomas de estanqueiros 04 mts	
05	KIT OFTALMOLÓGICO	10 - pzs	04 pzs
06	LIG. CLIPS		
07	MONONYLON Nº		
08	PROLENE Nº		
09	AGULHA PARA RAQUI	01 mts.	
10	VICRYL 0		

01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPÉUTICOS



Nome do paciente: <u>Joséana Ribeiro</u>		Procedimento: <u>Trat. cirúrgico de pseudo anseose da Tíbia "D"</u>
Auxiliar: <u>Dra. Longuine</u>		Anestesista: <u>Dra. Sofia</u>
Enfermeiro: <u>L. Inával</u>		Circulante: <u>Régia + Josen</u>
Data: <u>10/11/2020</u>		Horário: <u>10:30h</u>
Nº de identificação: <u>129X76mm Hg 99%</u>		Nº de identificação: <u>117X55mm Hg SpO2: 99%</u>
Papel: <u>INFERMEIRO</u>		Papel: <u>ENFERMEIRO</u>
Assinatura: <u>Regina Souza Ribeiro</u>		Assinatura: <u>Jose Flaminio Soares Filho</u>
Assinatura: <u>INFERMEIRO</u>		Assinatura: <u>ANESTESIA</u>
Assinatura: <u>TEC. EM ENFERMAGEM</u>		Assinatura: <u>CIRURGIAS</u>

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN

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



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

NOME <u>Karen do Lago</u>	ALÀ	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDÍ	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
<u>DATA</u> <u>01/08/11</u>						
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. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg						
11. CURATIVO						
12. SSVN + CCGG						



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

NOME " PRESCRIÇÃO MÉDICA "	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIAL	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
					HORÁRIO MEDICAÇÃO
DATA / /					OBSERVAÇÕES
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					
06. THIAZILO 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GEEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					



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

Fz de fte

NOME	Função do Servo. Profissão	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
DATA	DF / 08 / 19	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01.	DIETA LIVRE				
02.	JELCO HIDROLISADO				
03.	RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04.	CEFALOTIN 400 - 01 AMP IV DE 08 HORAS				
05.	DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (5w)				
06.	TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07.	TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08.	OTEXANE 40MG - 01 AMP SC 1/1000ML				
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.	Roberto Vianopreme				



Ph. 185

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

+ 56 00 bbs



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

NOME <i>Ense</i> DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT. <i>1/2</i>	LEITO	Q1	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
							HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE								
02. JELCO HIDROLISADO								
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS								
04. CEFACOFIRANT 01 AMP IV DE 12/12 HORAS								
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS								
06. TRAMAL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS								
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)								
08. CEXANE 40MG - 01 AMP IV 80-120ML								
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. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 24315 / TEOF 14175*

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



**SEC. FARIA DE SAUDE DO LESTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO JUNES
FLORIANÓPOLIS**



JNES
HôPITAL RÉGIONAL TIBÉRIO
FLORIANO-PI

NOME Torres S.º 100
PREScriÇÃO MÉDICA

ORTOPEDI	ALÀ	ENF. OU APT. 1/8	LEITO 44	ORTOPEDI
OME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
ATA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
1. DIETA LIVRE				
2. JELCO HIDROLISADO				
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
4. SEFACOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (já usou)				
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (já usou)				
6. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (já usou)				
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
8. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/dia (já usou)				
9. 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
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRI
FLORIANÓ-PI

José da Silva - PRESCRIÇÃO MÉDICA
08/01/2015

DESCRIÇÃO MÉDICA

卷之三

DIETAI'IRE

Y2 - EIC CO HIDROLISADO

22 DANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 1/2/12 HURAS

10.01 AMB IV DE 6/6 HORAS

05. DIP | RONA 1G - U1 AMI IV BE 95 : 2

THEATRE 3006 - 01 AMW

100MG + 100M SFO.9% IV 8/8 HORAS SIMIL

VI: WISDOM

08. EXECUTIVE HIRING - 31

09. PLASIL - 01 AMP N DE 8/01/1995

10 CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x10⁶

Outline

卷之二

12.001

PACIENTE	NO MESES	DATA	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
JOSE DURVAL SANTOS	15/08/13	15/08/13	15/08/13	15/08/13	15/08/13	15/08/13
PREScriÇÃO MÉDICA						
1. DIETA LIVRE						
2. JELCO HIDROLISADO						
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
4. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
6. FILAFL 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS						
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
8. OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVN + CCGG						



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

FLORIANÓ-PI

NOME	<i>José de Oliveira e Correia - nome exato</i>
DATA	<i>16/08/19</i>
PRESCRIÇÃO MÉDICA	

NOME	DATA	ALFA A	ENF. QUART. 98	LEITO 41	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
						HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE								
02. JELCO HIDROLISADO								
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS								
04. GEMOTONINA 10 - 04 AMP IV DE 12/12 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. CLEXANE 10MG - 01 AMP DE 12/12 HORAS								
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)								
10. CAPTOPRIL 25 mg S/ se PA > 160x110 mmhg								
11. CURATIVO								
12. SSVV + CCGG								

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
EL ORIANO-PI**

Fo de fibre (poudre ou laine)

NAME José da fonte PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA 17/08/19



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

NOME <u>José da Costa Santos</u> DATA <u>18/10/81</u>		ALA	ENF. OU APT.	18	LEITO	41	ORTOPEDI
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO MEDICAÇÃO					
01. DIETA LIVRE							
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
04. SEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	18	24	06			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)							
08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA							
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)							
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSVV + CCGG							



PRESCRIÇÃO MÉDICA

TE OR D	PREScrição MÉDICA	PRONTUÁRIO <i>Horan 5. psc</i>	CLÍNICA	ENF. OU APT. 18	LEITTO 41	MÉDICO ASSISTENTE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
							QUANT.	HORÁRIOS	
0108717	- Dieta-Geral 26110 - Jeto Hidrolisado Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD, EV, 12/1 Dipirona 2CC + AD, EV S.O.S Paracetamol 500mg - 01 amp, + AD, EV, 8/ Plasil - 01 amp + AD, EV, S.O.S SSV e CCGG	<i>26110</i> <i>26110</i> <i>26110</i> <i>26110</i> <i>26110</i> <i>26110</i>					<i>PA = 90X70 mmHg</i> <i>Tec. Enfermagem</i> <i>COREN - PI 001.292.676</i> <i>20:40h</i> <i>(sem fio) t/c ev. Tijuca</i> <i>conex 250149</i>	<i>08 15:00 deus aquela</i> <i>Carlo</i>	
	<i>Bento Batista Beltrão</i> <i>Dr. Bento Batista Beltrão</i> <i>Centro Clínico</i> <i>Capelotins 61 Bl</i>						<i>As 20:50 pm evolução</i> <i>estável sem alterações</i> <i>síntomas no MID, apito i/jm</i> <i>enquanto permanecendo</i>	<i>Apertil. Pélico PA = 110x70</i> <i>urto t/c ev. Tijuca</i> <i>16 ev. Tijuca conex</i> <i>250149</i>	
	<i>Conselheiros Filho</i> <i>Dr. Conselheiros Filho</i> <i>Quintal 2572 TEL: 7348</i>						<i>Oz 2. Sint. relato</i> <i>dor intenso e rebaixado</i> <i>sa toracais que mede 160</i> <i>para 160h de pi raro conforme</i>	<i>Atendente não chega ao paciente</i> <i>apontado</i>	

AB 6.3.1 Mod 302 Emiss. e Verso à Prescrição Médica
no m.Z.D. da é. Tijuca

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano-Piauí

Hospital:	Hospital Regional "Tibério Nunes"
Exames:	Exames
Data:	21/11/2020
Ass.	Ass. 20114975

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente: José da Silva Souza

Data de Nascimento: / /

Endereço: /

Município: /

Dados Clínicos: /

Exames: Solicitados (Máximo de três do mesmo material)

Pronto-Sala

Data da Consulta: / /

Dr. Cícero José P. Lima
Unidade de Atendimento
Oftalmologia
Cidade 2572 TEL: 7348

Assinatura e Carimbo do Médico







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 47

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI		Nº 012975092736			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
02019	VIA	0120190280129	EXERCÍCIO		
17920	CÓD. REG. V.		2019		
50918	1	01102251876			
4333d					
46ed1					
1321c					
9f26d					
382bd					
06j09	*****	*****	*****		
91d5c	*****	*****	*****		
a0a03					
382e8					
03c3a	06309491318	PSS-0609			
3e800	PLACA ANT/LEI	CHASSI			
20221					
ka685	PSS-0609	9C2KD1000HR000362	COMBUSTÍVEL		
10123					
PAS/MOTOCICLO/NEUTRUMA		GASOLINA			
MARCAS/Modelo		ANO FAB.	ANO MÓD.		
HONDA/NXR 160 BROS		2016	2017		
02P/0162CC	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE			
	PARTIC	PRETA			
DOTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC./COTAS			
I		1º	IPVA.		
P		2º			
V	FAIXA IPVA.	3º	PAGO		
A	00000000				
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)		DE (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
OBSERVAÇÕES					
PBT: 000,29					
VALOR DE PORTE OBRIGATÓRIO					
SEM RESTRIÇÕES					
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA					
LOCAL		DATA			
FLORIANO		05/07/2019			
ANEXO JUNTAS DO REGO SOBRA DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI					

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QU'NAO SEGURO DPVAT

Nº 012975092786 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 05/07/2019

VIA	CNPJ / CNPJ	PLACA
1	06309491318	PSS-0609
PIENAMAM		MARCA / MODELO
01102251876		HONDA/NXR 160 BROS
ANO FAB.	CAT. FAB.	NO CHASSI
2016		9C2KD1000HR000362

PRÉMIO TARIÁRIO

FNS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	084,58

PAGAMENTO	DATA DEQUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
	27/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.286.250/0001-04

NOV-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036335 **Cidade:** Floriano
Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO **Data do acidente:** 06/08/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: REFRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ DE TER USADO FIXADOR EXTERNO NA PERNAS DIREITA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

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 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		Total	1,25 %	R\$ 168,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

CPF: 063.094.913-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO : 063.094.913-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOSEAN DOS SANTOS Ribeiro
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Profissional
Identidade: 3.768.444 CPF: 063.094.913-18
Endereço: Rua Cons. Vila Fernão D. 7. C. 17. Alto das Laranjeiras

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, Sincoros,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.

Floriano-PI-20-01-20
Local e data



JOSEAN DOS SANTOS Ribeiro

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)



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

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano-PI - CEP 64800-066
Fone: (89) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSEAN DOS SANTOS
RIBEIRO. DOU FÉ. EM TEST. *Julia* DA VERDADE.
FLORIANO-PI, 20/01/2020. Selo: AAR69061-B2DF
www.tjpi.jus.br/portalextra

GENALDO EMILIO AIRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESCREVENTE
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP:PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OF:45
PROCURAÇÃO PARTICULAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

CPF: 063.094.913-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO : 063.094.913-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:15:17
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409114869300000012599428>
Número do documento: 20112409114869300000012599428

Num. 13321278 - Pág. 52