

Browser tabs: Email - Alana L... | Controle de do... | Sistema SAJ... | Audiências... | Consulta proce... | PJ 0801137-24.20... | Baixar o arquiv... | Telefones do PJ... | +

Address bar: [tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549150&ca=c4d58d8b9d71ece0d0abb4e0f90ad1...](https://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549150&ca=c4d58d8b9d71ece0d0abb4e0f90ad1...)

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

**PJE** ProceComCiv 0801137-24.2020.8.18.0028  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO X GENTE SEGURADORA SA

13321275 - CONTESTAÇÃO (2762374 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/11/2020 09:11:49


24 Nov 2020

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

downloadBinario.seam 1 / 14

2762374- C3/ 2020-04024/ INVALIDEZ

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PT 09:20 24/11/2020





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
13321 278	24/11/2020 09:11	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 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.

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

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

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

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

Atenciosamente,

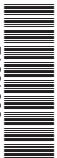
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15410945

Pag. 01023/01024 - carta\_01 - INVALIDEZ

00040512







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, 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. 00707/00708 - 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](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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01343/01344 - carta\_30 - INVALIDEZ



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





## 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: 005.094.913-18 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 9 - CPF: 005.094.913-18  
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: CONJ. VILA LEÃO Q. 07 C. 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RITO DA CRUZ 12 - Cidade: FLOCIANO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64804-020  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (89) 994235886

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 015.96889 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLOCIANO-PI 01-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)







**Lauda 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 TIBÉRIO 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?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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):<br><b>TORNOZELO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio  
 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO CAJUEIRO II, Nº:

Complemento

5738 33

Data/Hora

06/08/2019 - 22:10

Bairro

CAJUEIRO II

Ponto de Referência

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:

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, 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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 005.094.913-18 3 - CPF da vítima: 005.094.913-18 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 - CPF: 005.094.913-18  
7 - Profissão: LEITEIRO 8 - Endereço: CONJ. VILA LEÃO Q.07 C. 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALTO DA CRUZ 12 - Cidade: HOZIANO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64804-020  
15 - E-mail: 1891994235886 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: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
18 - CPF do Representante Legal: 005.094.913-18 19 - Profissão do Representante Legal: LEITEIRO

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 005.96889  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA  
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 005.96889  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, 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: 01-01-20  
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: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
CPF: 005.094.913-18  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
CPF: 005.094.913-18  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, HOZIANO-PI 01-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura 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 - Nº do sinistro ou ASL: 005.094.913-18 3 - CPF da vítima: 005.094.913-18 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 - CPF: 005.094.913-18  
7 - Profissão: LEITEIRO 8 - Endereço: CONJ. VILA LEÃO Q.07 C. 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALTO DA CRUZ 12 - Cidade: HOZIANO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64804-020  
15 - E-mail: 1891994235886 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: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
18 - CPF do Representante Legal: 005.094.913-18 19 - Profissão do Representante Legal: LEITEIRO

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 005.96889 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA  
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 005.96889 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, 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: 01-01-20  
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: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
CPF: 005.094.913-18  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
CPF: 005.094.913-18  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, HOZIANO-PI 01-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019







# 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











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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDNAN SOARES COUTINHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 100 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 INVALIDEE 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JULIA SOARES</u>	Número: <u>591</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>TIROTEIA</u>	Cidade: <u>FLOREANO</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64806-405</u>	Tel. (DDD): <u>1891 99423 5886</u>

Local e Data: FLO-PI 20-01-20

Ednan Soares Coutinho

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



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. 13







**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 - Nº DO PRONTUÁRIO  
104785

8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/11/1994

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(89) 9944-94896

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO  
2203909

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64800-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente com fratura de fêmur*

**AIH NOTIFICADA**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

03/12/19

*Herlany*

**AIH DIGITADA**

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

*Exames de T70 e T12*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Ausente + Exame físico + Rx*

21 - CID PRINCIPAL  
M84.1

22 - CID SECUNDÁRIO  
Y88.1

23 - CAUSAS ASSOC.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
0408050861

26 - CLÍNICA  
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
06/08/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)  
Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 13139

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

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

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*Osmando de Moraes Andrade*  
CRM-PI 13139  
AUTORIZADOR

81014

22090024.1600







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
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 - Nº DO PRONTUÁRIO  
104785  
7 - CARTÃO 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

*Variante com fraturas de f. lue*

#### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*03.12.19  
Sterilizar*

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

*Arteriais + exames furo + Rx*

#### 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
ORTOPEDIA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA  
28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
06/08/2019  
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)  
Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
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 - CODUMENTO  
( ) CNS (x) CPF 078.977.823-87  
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Identificação	1077309
Data:	06/08/2019
Hora:	23:38

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

Clínica: 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, N° 17 - CEP: 64800-000 Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: 2203909- FLORIANO/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:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

### História Clínica

fx de fêmur P

03/12/19

Interlamey

**Diagnóstico Provável**

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

Data/Hora

060819

# Paciente com fr. de A.L.V.

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3948 TEND 13135

03 12 19

Soterilany







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: Pseudo tumor fda

Cirurgia: Fundo cecocolo + fix. externa

Descrição da Cirurgia: 1) Inspeção + toque  
2) Fundo cecocolo  
3) Ressecção  
4) Fixação externa  
5) Curativo

Cirurgião: Dr. Loureiro

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: Endos

Anestesista: Dr. Cifer

**Anestesia:**

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

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

03.12.19  
Sterilomy

SAMB  
Hospital Regional Tibério Nunes  
CNPJ: 06.550.507/0103-02





RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.030.657 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.</b>   <b>SPINE MEDICAL</b> R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318	<b>DANFE</b> Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 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 Consulte a autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	PROTÓTIPO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190013080399 - 2019-09-06T13:45:12-03 CNPJ 11.664.118/0001-30	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO		06.553.564/0103-62	06/09/2019
ENDEREÇO RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N	BAIRRO/DISTRITO MANGUINHA	CEP 64800-000	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/09/2019
MUNICÍPIO Florianópolis	FONE/FAX (89) 3522-1323	UF PI	HORA DE SAÍDA 13:46:08

RA/DUPLICATA	
Data Vcto.	Valor
06/10/2019	1.054,91

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

TRANSPORTEADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO		0 - Rem.					
ENDEREÇO 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.: 357 Qtd.: 1 Lote: V11679109) (Ref.: 2345 Qtd.: 0 Lote: V145261515002)	90211020	040	5102	UN	1,0000	1.054,9100	1.054,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PACT: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO) (CONV: SUS) (DR: CONEGRUNDES P. FILHO) (DATA: 19/08/2019) (HOSP REGIONAL TIBERIO NUNES)	RESERVADO AO FISCO







SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1640

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



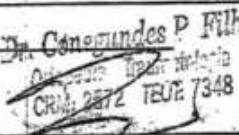
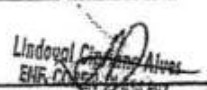
Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

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	<u>Josean dos Santos Ribeiro</u>	
Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO <u>104785</u>	
PROCEDIMENTO MÉDICO-REALIZADO:	<u>Trat cirúrgico de pseudo artrose de Tibia 'D'</u>	
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	<u>Dr. Canezundo</u>	
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO	DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL	
<u>06 / 08 / 19</u>	<u>19 / 08 / 19</u>	
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	<u>03 und</u>	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.  V11679109 Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda. Estr. Dullio Beltrami, 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 FABRIC.RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO Produto Medico Nao-Invasivo - Classe 1
	<u>06</u>	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  V145261515002 Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda. Estr. Dullio Beltrami, 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 PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO Produto Medico Invasivo - Classe 3
DADOS		
EMPRESA:		
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM <u>Dr. Canezundo P. Filho</u>  CRM: 2872 TEUF 7348 Médico Responsável (Assinatura e carimbo)	EM <u>19/08/19</u>  Lindomar C. Alves ENF. CREA-PI: 12345 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.



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. 21

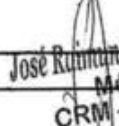


# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: <u>Josean dos Santos Ribeiro</u>						Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____			
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréla	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite	
Sistema Digestivo				Sistema Urinário			
Estado Mental				Corticóides	Atarácicos	Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:	
Agentes Anestésicos	Oxigênio	<div style="text-align: center;"> <p>03 12 19</p> <p>Estenotórax</p> <p>ASA I</p> </div>				TOTAL DE DOSES	
LIQUIDO	Soluto 500 400 Sangu 300 200 Outros 100					SEQUÊNCIA	
Temperatura T°	C	260	<div style="text-align: center;"> <p>① 13/6 e a seguinte</p> <p>de 7 minutos por 12v</p> <p>1 minuto 8v</p> </div>				1
P. Arterial	38	220					2
V	36	180					3
^	36	160					4
Pulso	34	150					5
Início e Fim Anestesia	34	140					6
X	32	120					7
Início e Fim Operação	32	100					8
○	32	80					9
Respiração	30	60					10
	30	40					11
	30	20					12
	30	10					13
	30	10					14
	30	10					15
SÍMBOLO			DURAÇÃO				
Técnica: <u>crânio</u>			Incidentes - Acidentes				

  
 José Raimundo Café R. Filho  
 Médico  
 CRM - PI 4920





**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

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**

1640

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME José dos Santos Ribeiro  
Nº AIH 104785  
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: Trat cirúrgico de pseudo artrose de Tibia "D"  
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

**MÉDICO RESPONSÁVEL**

NOME Dr. Consegundes  
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.)

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. 1014/5

Número de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Médicos &amp; Hospitalares Ltda.

Estr. Duílio Beltrami, 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](http://www.implantec-ortopedia.com.br)

FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO

Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:  
V145261515002 06/2019 03 Anos 2345 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 &amp; Hospitalares Ltda.

Estr. Duílio Beltrami, 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](http://www.implantec-ortopedia.com.br)

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO

Produto Médico Invasivo - Classe 3

DADO:

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

**ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS**

EM

Dr. Consegundes P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 28722 FONE 7348

Médico Responsável  
(Assinatura e carimbo)

EM

19.08.19  
Lindoval Ciriano Alves  
EHE: CORP/PI 154.897

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.



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. 23





Hospital Regional  
Tiberio Nunes

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: José das Santos Ribeiro D.N. 15/11/94  
Data: 19/08/19 Admissão às 17:15 Prontuário 104.785  
Alergia: Relata ter alergia a <sup>disponível</sup> Procedimento realizado: Exatoma de Tiberio

### DADOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Luís CIRURGIÃO: Dr. Gonçalves

TEMPO (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
Capacidade para sob o	Capaz de mover os 4 membros	2	X				
	Capaz de mover 2 membros	1	X				
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	X				
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	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 Sotoclares
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	X				
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Respiração de	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	X				
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0					
TOTAL			09				

ALTA às \_\_\_\_\_:

Ass. Médico: \_\_\_\_\_

*Ass. Médico: José Roberto R. Filho*  
CRM: 19490







## CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

03/12/19  
Sterilane

Nome do Paciente: Josean dos Santos Ribeiro Reg. Same: \_\_\_\_\_  
 Urgia: Trat. cirúrgico de pseudo artrose de Tibia Sala: 05  
 Urgião: Dr. Longueza Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: Lindoval Circulante: Regia + Jesus  
 Data: 19/08/19 Início: 16:15 Término: 17:00 Duração: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTO DE SALA

QUANTIDADE	LABORATORIO	ESPECIFICACAO	QUANTIDADE	LABORATORIO	ESPECIFICACAO	SUBTOTAL
1		ADRENALINA				
2		ALBUMINA HUMANA				
3		TROPINA				
4		AGUA DESTILADA				
5		AMPICILINA				
6		ADRENOPLASMA				
7		CEDILANIDE				
8		CLORETO DE POTASSIO				
9		CREME VAGINAL				
10		COLÍRIO				
11		CEFALOTINA 1g				
12		CLORAFENICOL				
13		DECADRON				
14		DOLASSAL				
15		DORMONID				
16		DOLANTINA				
17		EFORTIL				
18		ETER ANESTÉSICO				
19		FLAXEDIL				
20		FLEBOCORTID				
21		GARAMICINA				
22		GLUCONATO CÁLCIO				
23		HALATONE ML				
24		INOVAL				
25		KETALAR				
26		METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27		MANITOL 20%				
28		METHERGIM				
29		METILCELULOSE				
30		OCITOCINA				
31		PLASIL				
32		PROSTIGMINE				
33		POMADA OFTALMOLOGICA				
34		QUELICIM				
35		QUEMICETINA				
36		RINGER-LACTADO				
37		SORO FISIOLÓGICO				
38		SORO GLICOSADO				
39		TRANSAMIN				
40		THIONEMBUTAL				
41		VALIUM				
42		VITAMINA K				
43		XILOCAÍNA 0,5% Neocaina posada 0,5% 0.1amp				







Nome do Cliente: João dos Santos Ribeiro Data de nascimento: 15/11/1984

Prontuário: 204285 Enfil/Letto: JB(41) Data do Procedimento: 19/08/19

Procedimento Cirúrgico: Remoção de tubo D

Pulseira de Identificação: ☒ Sim ( ) Não Horário SSVV: T: 36.4 FC: 74 bpm FR: 18 irpm PA: 90x70

Glicemia Capilar:        mg/dl Acesso Venoso: ( ) Periférico ☒ Central (especificar local, calibre e nº de dias) 18.08 LMS

SNG ( ) SNE ( ) Drenos (especificar):        Jejum ☒ Sim ( ) Não A partir das:       

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

Sítio Cirúrgico Demarcado: ( ) Sim ☒ Não Adornos Retirados: ☒ Sim ( ) Não Utiliza Prótese Dentária: ( ) Sim - Retirada ☒  
Higienizado: ☒ Sim ( ) Não Tricotomia: ( ) Sim ☒ Não Camisola, gorro e pro-pés: ☒ Sim ( ) Não

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

Antimicrobiano Profilático: ( ) Sim ( ) Horário:        Hora do Encaminhamento ao CC: 15:30

Prontuário completo com ficha de internação ☒ Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

19/08/2019

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



**SAÚDE**  
Secretaria do Estado  
da Saúde / SESAPI



**Hospital Regional  
Tibério Nunes**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Joseon 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;

Florianópolis (PI), 19 de agosto de 2019

03/12/19

Assinatura

Joseon dos Santos Ribeiro  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

Assinatura Testemunha





# MATERIAL DE SALA

01	ALCOOL	300l
02	AGULHA DESCARTÁVEL	2 unid
03	ALGODÃO	
04	ABOCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	02 unid
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 unid
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	
16	GASES	06 ptes
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	01 unid
23	LENTE INTRAOCULAR	
24	MASCARAS	04 unid
25	OXIGÊNIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60ml
27	POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTÁVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	1 unid
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGÊNIO TERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURIGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
RECURSOS TERAPÊUTICOS		
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		
PROTESES		
01	CROMADO COM AGULHA Nº	11 VICRYL 8
02	CROMADO S/ AGULHA	12 CERA P/ OSO
03	FIO DE ALGODÃO	13 FITA CARDIACA
04	FIO DE SEDA	6 unid de costura 04 unid
05	KIT OFTALMOLÓGICO	110 - ptes 11 04 ptes
06	LIG. CLIPS	
07	MONONYLON Nº	
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01 unid
10	VICRYL 0	
RESUMO DO FATURAMENTO		
01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA	
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA	
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPÊUTICOS	





Paciente: Isaac da Silva Libório Procedimento: Trat. cirúrgico de pseudo artrose de Tíbia "D"

Atendente: Dr. Linsgund Auxiliar: Dr. Linsgund Anestesia: Dr. Linsgund  
Enfermeiro: Linsgund Circulante: Dr. Linsgund + Dr. Linsgund

INFORMAÇÕES GERAIS	ANAMNESE	EXAME FÍSICO	DIAGNÓSTICO
<p>Forma de forma verbal junto ao paciente - de, local cirúrgico, procedimento e nente): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>ção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se</p> <p>do equipamento de anestesia e ão, pelo anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Cirurgiões, anestesiologistas 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><b>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:</b> 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 unidades</u></p> <p>P.A. <u>106 X 51 mm Hg</u> SpO2: <u>100%</u></p>	<p>Confirmar nome do procedimento realizado: <u>Trat. cirúrgico de pseudo artrose de Tíbia</u></p> <p>Número de compressas antes da primeira sutura: <u>05 unidades</u></p> <p>Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Peças anatómicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>P.A. <u>117 X 55 mm Hg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>70 bpm</u></p> <p>Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:</p>	<p>Consentimento: <u>Dr. Linsgund</u></p> <p>Medico: <u>Dr. Linsgund</u></p> <p>ANESTESIA: <u>Dr. Linsgund</u></p>

ENFERMEIRO

TEC. EM ENFERMAGEM

CIRURGIÃO

ANESTESIA

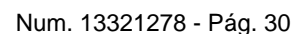
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN





Juliano dos Santos  
- PRESCRIÇÃO MÉDICA

D. Celso Luciano Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
RUE 5918/1011-13135









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

NOME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. FLATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GLEAXANE 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					

NOME José de Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 1/1/2020

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. FLATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

08. GLEAXANE 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

Dr. Consegundes P. Filho

Ortopedia / Traum. Ortop.

CRM-2572 / ROR 7348

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg

PA 120/80 mmHg





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

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ORTOPEDI
			HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
<p># Ep de fibr</p> <p>NOME <u>João da Silva</u></p> <p>- PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA <u>09/08/19</u></p>					
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINA 10 - 01 AMP IV DE 08 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GLEAXANE 10MG - 01 AMP IV DE 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. Soluto Vinopurina					





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

ala A  
38741

+ Fe de hê

NOME	ALA	ENF. OU APT	LEITO	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE						15.01 - Alergia do
02. JELCO HIDROLISADO						PA - A20 x 80
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						Descontar - Tec. OBR.
04. <del>GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>						Em
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (Su)						As 22.25h - p <sup>da</sup> - no bair
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						insuente jaquelin, neta
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						quisito de glicose, e febre
08. <del>CLONIDINA 10MG - 01 AMP SC 1x/dia</del>						diq, Alergia PA = 100x70
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						indig. glicose e Juliana green
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						250/140
11. CURATIVO						
12. SSVV + CCGG						

Dr. Ednan Soares Coutinho  
Cirurgião Geralista  
CRM 14199



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

NOME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Nome: <u>João dos Santos</u>				41	
DATA: <u>11/08/18</u>					
01. DIETA LIVRE					06:00 - pet: Sereia
02. JELCO HIDROLISADO					qui Repulso: no laborio
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					coluna cervical
04. CEFALOTRINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					Orientado e Sereia
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					apresentando febre
06. FENILTOIN 200MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					Oxigenação: 104X 60
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					mmHg Soc. Anestesia
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC - 12/12 HORAS					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					06:21:00 - unguento
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					07:00 - 70 mmHg Soc:
11. CURATIVO					08:00 - 70 mmHg
12. SSW + CCGG					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg
					23:00 - 70 mmHg
					00:00 - 70 mmHg
					01:00 - 70 mmHg
					02:00 - 70 mmHg
					03:00 - 70 mmHg
					04:00 - 70 mmHg
					05:00 - 70 mmHg
					06:00 - 70 mmHg
					07:00 - 70 mmHg
					08:00 - 70 mmHg
					09:00 - 70 mmHg
					10:00 - 70 mmHg
					11:00 - 70 mmHg
					12:00 - 70 mmHg
					13:00 - 70 mmHg
					14:00 - 70 mmHg
					15:00 - 70 mmHg
					16:00 - 70 mmHg
					17:00 - 70 mmHg
					18:00 - 70 mmHg
					19:00 - 70 mmHg
					20:00 - 70 mmHg
					21:00 - 70 mmHg
					22:00 - 70 mmHg



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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
<p><i>João dos Santos</i></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA <i>12/08/18</i></p>		<i>12</i>	<i>41</i>	
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE				<i>12:30h. Cliente</i>
02. JELCO HIDROLISADO				<i>em repouso, com</i>
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>18</i>	<i>06</i>		<i>costa, sem quei-</i>
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				<i>do no momento</i>
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>120</i>	<i>24</i>	<i>06</i>	<i>relata que sente</i>
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				<i>mal estar geral</i>
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN) //				<i>após adu. de</i>
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA //				<i>(5) por isso não</i>
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN) //				<i>for adu. de</i>
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				<i>paciente</i>
11. CURATIVO				<i>PA 120/60 mmHg</i>
12. SSW + CCGG				<i>claudicam 12/18318</i>

Dr. Consegundes P. Filho  
Ortopedia Trauma e Ortopedia  
CRM: 2572 12/08/18





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

NOME	ALA	ENF. QUA	LEITO	ORTOPEDIA
Juan Carlos Ribeiro	A	18	41	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA 13/08/17 # Refratório	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			14 segue com dieta	
02. JELCO HIDROLISADO			dieta, calvo,	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			coagulado, ligam.	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			ligam, agudo e	
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			sua, divise me-	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			quid. SSVV: PA = 130/80	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			TA = 3,63 FC = 71	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SG-1X/DIA			Sua SSVV -	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			15/08/19 às 14:50h, paciente	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			orientado de peso e estado físico e	
11. CURATIVO			na língua, eliminando o presente	
12. SSVV + CCGG			de deambulando com auxílio	
			de multita, sem variação de	
			sem queixas algias no momento	
			PA = 110x80 mmHg. PA = 18:30h	
			realizado SSVV: T = 36,2°C, FC = 22bpm	
			R = 2,3 bpm, PA = 120x80 mmHg. CCGG	

Dr. Carlos Antônio Soares Coutinho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-3348 PIAUI 13135



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO JNES  
FLORIANO-PI

NOME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
JOSÉ ROSEN DA SILVA		18	43		
DATA 14/08/19					As 14h patiente
1. DIETA LIVRE					deu: cabine com
2. JELCO HIDROLISADO					cúti imitada, de
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					ambulando, com au-
34. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (2x novo)					xia, em diurese
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (3x novo)					monito, PA=120x
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (2x novo)					80 mmHg
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (SIN)					Ilado Felipe R. dos Santos COREN-PI: 333893 - TE
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					até segue esse repouso,
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)					volus, comiente, orientado,
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					novo caído, unguis, fôlego
11. CURATIVO					monito, emite diete
12. SSVV + CCGG					especide. Kellyane de Carvalho Rocha COREN-PI: 547.094 - ENF
					12/08/19. Às 15h, par.7.
					comiente, orientado, gá-
					lico, deambulando com
					auxílio de imitator, dieta
					livre, eliminação presentes (+)
					mono náuseas, vomito, sem queixas
					algias no momento. Às 15h
					nealgias SSUV: T=36,1°C, P=71b
					R: 25 bpm, PA=110x80 mmHg. CEE P -
					Débora







**FLORIANO-PI**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA 161 081.14

## 01. DIETA LIVRE

02 JEI CO HIDROLISADO

01 AMP IV DE 12/12 HORAS

03. IN AMERICAN COM-  
MUNIST PARTY MEMBERS

173/ 3000130

05. DIPIRONA 1G - 01 AMIL IV DE 2007

06. TILATIL 20MG - 01 AMF IV DE IZIE

07. TRAMAL 100MG + 100ML SF-0.9% IV 0/16 HOURS, 12/11/2014

~~08-GL-EXANE-10MG-01-AMP-00-1X/191A~~

09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS [S/N]

10. CAPTOPRIL 25 mg SL<sub>se</sub> PA > 160x110 mmHg

## 11. CURATIVO

12. SSW + CCGG

Dr. Francisco Javier Ceballos Brando  
Ortopedia / Traumatología (R) / FRCPC  
Calle 13 No. 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, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911

ALA	ENF. QU APT.	LEITO	ORTOPEDI
A	18	41	

# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Horário	Medicação	Observações
07:00		
08:00		
09:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
24:00		

At 16:00 hr, pCT was

by  $120 \times 30 \text{ mm}^2$   $T_{ec} = 0.0004$

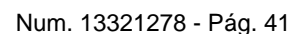
21.08 7/ iniciado ma-120x

20 mm Hg (Cincinnati) 808.005 TC



# Ex de fibre (pnecks arbores)

Dr. Francisco José de Paula  
Carmelo, 10 de Mayo de 1908





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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE			41		At 12:00 hr, pct nega
02. JELCO HIDROLISADO					administracao de medica mento apresenta no item
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					05 DIPIRONA, afirma
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					nao verifico. Tec= comodo
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					nao verificado PA pela
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					menha por falta do equipamento
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)					no setor. Tec= comodo
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					At 8h, pct 13.5.14 -
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					Fr Tibia (D), deambular
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					do com ausculto, estavel
11. CURATIVO					hemodinamicamente. Beg 1076,
12. SSVV + CCGG					calco, fono, begunzando. Mar -
					km AVB, MSE, N. 20, D14.108.
					Acute dubio. Sem queira
					alguns ate o momento
					Boys Newmann. Coven
					414.290

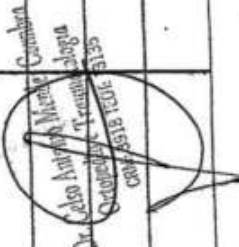




[illegible]



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

NOME <u>Ignacio dos Santos Ribeiro</u>	ALA	ENF. OU APT. <u>18</u>	LEITO <u>41</u>	ORTOPED
DATA <u>21/08/18</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
01. DIETA LIVRE	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. <del>CERALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. <del>TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</del>				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. <del>CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X/DIA</del>				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSV + CCGG				
<u>13.</u>				
<p align="right">               Dr. Carlos Antônio Nogueira Camargo              Ortopedia e Traumatologia              CRM 5518 PED 5135           </p>				





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano-Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Exame: Exame de urina  
Data: 12/11/2020  
Ass: Ednan Soares Coutinho

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente: João dos Santos  
Data de Nascimento: 1/1/1980  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_  
Dados Clínicos: \_\_\_\_\_

Exames: Solicitados (Máximo de três do mesmo material)  
Dr. Tibério Nunes

Data da Consulta: 12/11/2020  
Dr. Consegundes P. Daltro  
CRM 2572  
UF: PI

Assinatura e Carimbo do Médico









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA  
1585662 SSP PI

CPF  
748.086.803-00

DATA DO CASAMENTO  
04/02/1977

PRIMEIRO  
SEVERO ALVES DOS  
SANTOS

MARIA ELIETE DA S  
SANTOS

PROFISSÃO  
CONDOMÍNIO

SEXO  
M

CAT. HAB.  
B

INSCRIÇÃO  
02844278038

VALIDADE  
21/11/2020

EMISSÃO  
10/01/1998

OBSERVAÇÕES

*Edimar Alves dos Santos*

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO  
25/11/2015

14568808861  
PI316457108

DETRAN-PI (PIAUI)

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1235009555

PROUNDO PLASTIFICADA

1235009555





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI Nº 012975092736  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

02019 VIA COD. DE VANT. ANO EXERCÍCIO  
17920 1 01102251876 2019  
90918  
43330

46ed1 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
13210  
9E260  
382ba  
06j09  
91d10  
s0a03  
362e8  
03c3a 06309491318 PSS-0609  
3ed00  
2ed21  
ke685 PSS-0609 9C2KD1000HR000362  
10123

PLACA  
PSS-0609

CHASSI  
9C2KD1000HR000362

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

PAS/MOTOCICLO/MENINHO

MARCA/MODELO  
HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB. ANO MOD.  
2016 2017

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
02P/0162CC PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
1ª IPVA  
2ª  
3ª PAGO

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS  
00000000

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO SEM RESTRIÇÕES PAGO PBT: 000,29

SEM RESTRIÇÕES

LOCAL DATA  
FLORIANO 05/07/2019

ARMAZ. PART. DO REG. LICENÇ.  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012975092736 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 CPE / CIPV PLACA  
1 06309491318 PSS-0609

RENKAVAN MARCA / MODELO  
01102251876 HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB. COTAS Nº CHASSI  
2016 9C2KD1000HR000362

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (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

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO  
X COTA ÚNICA

DATA DE QUITAÇÃO  
27/06/2019

SEGURODPVAT LIDER - DPVAT  
CNPJ 03.348.887/0001-04

CONTRAN DENATRA

1102-2016



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200036335 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO **Data do acidente:** 06/08/2019 **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 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.

**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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: PROFESSOR  
Identidade: 3.768.444 CPF: 063.094.913-18  
Endereço: AL. COM. VILA ZENÃO Q. 7 C. 17. Apto 04 CEN

### PROCURADOR:

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

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

Fló-Pi-20-01-20  
Local e data



Josean dos Santos Ribeiro

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,  
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES  
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS Fone: (89) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com  
Rua Fernando Marques, 519 - Centro  
Floriano/PI - CEP 64800-066

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

Emílio Aires  
EMÍLIO AÍRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESCREVENTE  
Em01:3.85 TJ:0.77 FMMP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - OP:45  
PROCURAÇÃO PARTICULAR





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

**Vítima:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

**CPF:** 063.094.913-18

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa

