



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2014

Carta nº: 4535815

A/C: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

**Sinistro:** 2014335480  
**Vitima:** josivaldo de castro ribeiro  
**Data Acidente:** 17/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** josivaldo de castro ribeiro

**Valor:** R\$ 7.087,50

**Banco:** 104

**Agência:** 000003848

**Conta:** 000004834-9

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau médio =</b>	R\$	<b>7.087,50</b>
<b>52,50%</b>		
<b>Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau intenso =</b>	R\$	<b>7.087,50</b>
<b>52,50%</b>		
<b>Total avaliado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>
<b>Valor de Multa / Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,



OUTROS

\*1004054\*



2-20

29/04

AVISO DE SINISTRO DPVAT

No SINISTRO:

1750-607270/2014

SEGURADORA:

(2014335480)

COBERTURA RECLAMADA

 MORTE INVALIDEZ DAMS

NOME DA VÍTIMA

CPF

DATA NASCIMENTO

Josivaldo de Castro Ribeiro 445.198.518-82 09.06.1984

DATA DO ACIDENTE: 17/02/2014

HORA: 11:40

## QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE OU CORRETOR:

Nome: Fro de Assis Rosado CPF: 337.368.043-34 Dt.Nasc: 06/02/1963

Endereço: Rua Rodriguo Larvai 110, 932 Bairro: CENTRO

Cidade: São João do Piauí Estado: Piauí CEP.: 64.760-000

Tel: (87) 3483-2770 / 9441-6534

## DADOS DA OCORRÊNCIA:

Código Vitima:  1 - Transportado  2 - Não Transportado  3 - Motorista

Tipo de Veículo: Caminhão Ford UF/No Placa: CFU-4791 V. identificado? SIM

Boletim Ocorrência: 037/2014 Data BO: 17/02/2014 Delegacia: São João do Piauí

Município: São João do Piauí Estado: Piauí

## Informação por tipo cobertura:

Morte = Data óbito: 1/1

Invalidez = N° Laudo IML: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Dams = Valor Pleiteado: R\$ \_\_\_\_\_

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014

Local e Data: São João do Piauí, 11.04.14 Assinatura: x Josivaldo de Castro Ribeiro

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros. ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

PORTADOR(A) DO RG Nº 55.716.473-4 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 09/08/2011

CPF 44519851883 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO 24 VITIMADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIVALDO DE C. RIBEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta-bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 3848 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 4-834-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL São João do Piauí - PI DATA 11/04/2014.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Josivaldo de Castro Ribeiro

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435

#20 | AUTO ATENDIMENTO | 01/04/2014

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

| MOVTO. E SALDO DO DIA  
PAG: 001 / 001

AG: 3848. - SAO JOAO DO PIAUI

OPER: 013 | CONTA: 4.834-9

NOME: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

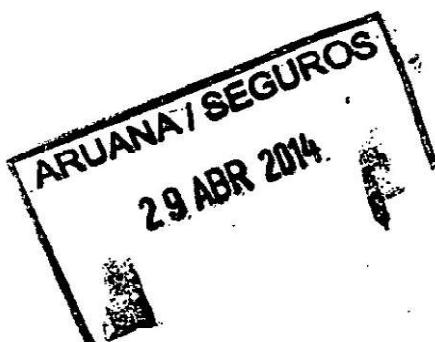
BLOQUEADO:

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. R0R30429  
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – NATUREZA NÃO CRIMINAL**

OCORRÊNCIA: n.º 037/2014

DATA/ REG. 17 de Fevereiro de 2014.

NATUREZA: Acidente de trânsito (Lesão Culposa)

**DADOS DO NOTICIANTE e/ou VÍTIMA**

**NOME:** Antonio Osvaldo

**ESTADO CIVIL:** Divorciado

**NACIONALIDADE:** Brasileiro.

**NATURALIDADE:** Upanema / RN.

**PROFISSÃO:** Motorista

**DATA DE NASC:** 06/08/1950

**RG. N.º:** 88345634 – SSP/SP.

**C.P.F. N.º:** 813.157.328-15

**FILIAÇÃO:** Muis Tomaz da Silva e Lusia Florencio de Melo

**ENDEREÇO:** Rua Coronel Silvestre Veras – Upanema / RN.

Cel. (84)9623-7964 - TIM 29 ABR 2014

**HISTÓRICO**

**NOTÍCIA:** Diz o noticiante que hoje por volta de 11h40min ao trafegar pela Av. Cândido Coelho em direção ao canteiro de obras da Construtora Luiz Costa Ltda; sendo que ao passar em frente ao Hospital Regional Teresinha Nunes de Barros, conduzindo o veículo **CAMINHÃO FORD F12000 L, placa – CFU 4791, ano / mod. 1997/1997, código renavam 675149959, cor – AMARELA, em nome de CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA**, ouviu somente o estouro, quando olhou pelo retrovisor observou pessoas que tentavam chamar sua atenção, e este então desceu do caminhão e percebeu que um dos pneus havia soltado o cubo do pneu, atingindo um indivíduo, que não sabe precisar o nome. Informa, por fim, o noticiante que logo em seguida a vítima foi conduzida em uma maca para o hospital local; sendo que o noticiante não sabe nada dizer o estado de saúde do mesmo. **Era o que tinha a noticiar.**

Encarregado do Registro:

Willian Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6

Noticiante: Antônio Osvaldo

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

"1004026"





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ - PI**



**ADITAMENTO** ao Boletim de Ocorrência n.º 037/2014

*Aditamento*

Eu, **WILLIAN NOVAIS DE SOUSA**, Escrivão de Policia Ad Hoc, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí, Certifco que, após averiguações feitas no local, foi constatado a realidade do acidente automobilístico, ocorrido no dia 17.02.2014, envolvendo o veículo Caminhão Ford F 12000, placa CFU-4791, código renavam 675149959, cor amarela, ano/mod. - 1997; teve como vítima o Sr. **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO**.

DP de São João do Piauí/PI, 07 de Maio de 2014.

*Willian Novais*

Willian Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. D43425-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Josivaldo de Castro Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 55.716.473-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 445.198.518-82 residente e domiciliado na Localidade de Grajau, nº 100 - ZONA RURAL Cidade São João do Piauí, Estado Piauí, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

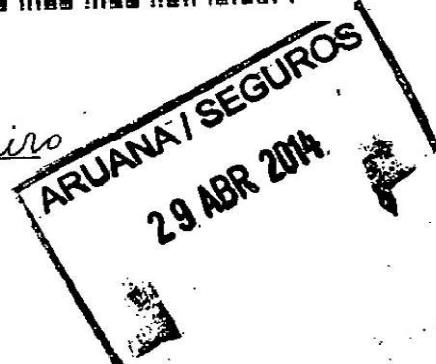
CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

\*1004029\*



x Josivaldo de Castro Ribeiro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



São João do Piauí - PI, 11.04.2014.

Local e data

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josivaldo de Castro Ribeiro,  
RG nº 55.716.473-4, data de expedição 09/08/2011, Órgão SSP/SP,  
CPF nº 445.198.518-82, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



\*1004040\*

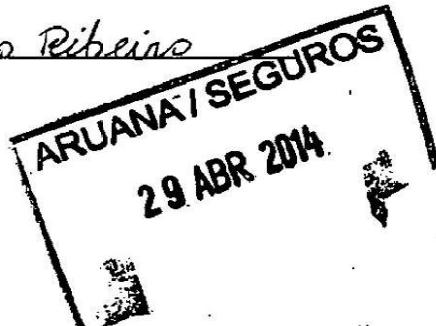
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Localidade Grajau</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>São João do Piauí</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.760-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 3433-2770 / 9441-6534</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São João do Piauí - PI, 11.04.2014.

Assinatura do Declarante:

Josivaldo de Castro Ribeiro



646052-6  
000031555

MARCO/2014 13/03/2014 51 14,19

ZITA MARIA DE CASTRO  
LC GRAJAU 100 B-RURAL

CEP: 64.760-000 - SAO JOAO DO PIAUI - ROD. 187, 781.03.85.031500

6396	Attest:	03/03/2014
6345	Amendment:	11/02/2014
1,466	Review:	06/04/2014
51	Attest:	03/03/2014
51	FCAM:	03/03/2014
NORMAL		-20

RESTD BY BENDA MONO .... AT05839 1.6.1.1 69

		CONSUMO	30 A R\$ 0,140025 =	4,20
FEV/14	68	21 A R\$ 0,240037 =	5,04	
JAN/14	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,65	
DEZ/13	69	DIFERENCA DE TARIFA	11,52	
NOV/13	72	SUBVENCAO BAIXA RENDA	9,22	
OUT/13	83			
SET/13	68			
AGO/13	63			
JUL/13	58			
JUN/13	76			
MAT/13	79			

TARIFA SEI TRIBUTI  
0,10 - 0,11200

BANDEIRAS TARIFARIAS 2014: A VERDE NAO GERA ACRESCHIO, AMARELA E VERMELHA GERAM. EM FEVEREIRO VIGORARIA A BANDEIRA VERMELHA, A QUAL IMPLICARIA 0,030 R\$/KWH DE ACRESCHIO. WWW.ANEEL.GOV.BR  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25

D748.F688.729F.92F4.971B.0333.518D.B126

7,91	20,76
7,01	20,00%
0,53	4,15
1,16	0,00
<b>4,45</b>	<b>0,00</b>



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



TERMO DE DECLARAÇÃO  
(IML/BOMBEIRO/ANJOS DO ASFALTO)

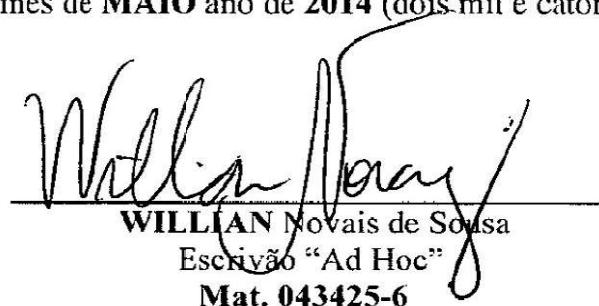
DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



10041

O Sr. Francisco JORGE TERCEIRO Silva, Delegado de Polícia, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI, no uso de suas atribuições legais etc... DECLARA para os devidos fins que se fizerem necessários (recebimento de Seguro DPVAT), que a pessoa de nome **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO** (condutor/vítima não fatal), já qualificado no Boletim de Ocorrência, no dia 17.02.2014, sofreu um acidente, com registro no **BO n.º 037/2014 - Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI e na circunscrição do município não possui IML – Instituto Médico Legal, BOMBETROS e nem ANJOS DO ASFALTO**, havendo apenas o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU para a prestação de socorro, mas no caso em tela a vítima foi socorrida por populares. Além dos órgãos citados não há também órgãos competentes para realização de outras perícias que caso requeram.

**DADO E LAVRADO**, nesta cidade de São João do Piauí, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia Civil, aos 07 dias do mês de **MAIO** ano de **2014** (dois mil e catorze).

  
WILLIAN Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6



Cliente: Envelhido da costa SibériaNº Cartão do SUS:  End.: CaruaruBairro: C. S. C.Telefone:  D. do Nascimento: 09/02/14Sexo: MDocumento: 55.216.423-9Data: 12/02/14Horário: 11:45Assinatura:  Nome da Mãe:  Nome da Criança:  Data dos 1º Sintomas:  Raça/Cor:  Preta Amarela Nenhum De 1 a 3 De 3 a 7 De 8 a 11 De 12 a maisID:  

ID:

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ ADMISSÃO ]==

Número Data Hora Convênio Carteira  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONOMICO

Caráter de Atendimento Regulação:  
OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Origem do Paciente Clínica/Especialidade  
RESIDÊNCIA CLINICA CIRURGICA/GERAL

Médico Solicitante Médico Responsável  
2466 - GERALDO GONCALVES NUNES 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES

Procedimento Solicitado

Dias  
0

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO Sexo MASCULINO  
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião  
09/06/1984 29 Anos PARDA SOLTEIRO CATÓLICA  
Mãe ZITA MARIA DE CASTRO  
Conjuge Responsável Prontuário  
CNS Registro Documento Informado 22463  
201402140000445 RG: 557164734  
País Município de Naturalidade CEP  
BRASIL SAO JOAO DO PIAUI/PI 64760-000  
Município de Residência Logradouro  
SAO JOAO DO PIAUI/PI ATALHO GRAJAU  
Número Complemento Bairro  
SN ZONA RURAL  
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência  
(89)9427.1349

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

EMPREGADO INFORMAL / AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==

Em caso de urgência avisar

O RESPONSÁVEL

Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem,  
APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM  
Atendente: leiliane Data: 19/02/2014 Hora: 19:16:54 Tempo: 00:04:36

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

*Ana Claudia Monegas Santos*

**ARUANAI SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

**CONSULTÓRIO MÉDICO DR EDUARDO MOURA**

**LAUDO MÉDICO**

**CPF: 445.198.518-82**

**Josivaldo de Castro Ribeiro**

Paciente vítima de acidente de transito no dia 17/02/2014 ( estava andando em via pública quando foi atingido por um pneu que soltou de um caminhão em movimento). Foi atendido no Hospital de São João do Piauí, onde evidenciou-se fratura de ossos da perna esquerda. Foi transferido para o Hospital Dr Oscar em picos- PI, onde foi submetido a cirurgia ( colocado fixador externo) no dia 20/02/2014.(ficará por quatro meses).

**Evolui com dor local e dificuldade para deambular.**

**Sequela temporária da lesão**

**CID 10:**

**S 82.2.**

**São João do Piauí, 10/04/2014**

*Eduardo Reis de Moura*  
**Eduardo Reis de Moura**  
Dr. Eduardo Reis de Moura  
Médico  
CRM/PI 2416 - CPF 880.932.394-72



CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

LAU DO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

===[ PACIENTE ]===[/]

Nome

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Religião  
09/06/1984 29 Anos CATÓLICA

Acompanhante Internação Anterior  
\* [ ] Sim [ ] Não [ X ]

===[ ADMISSÃO ]===[/]

Número Data Hora Convênio/Plano  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONÔMICO/UNICO

===[ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ]===[/]

Pacif a h fia do Om  
nho feriu frigendo et  
memel e ergam

===[ DIAGNÓSTICO INICIAL ]===[/]

Fratura do Om da feriu esquerda [ ]

===[ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ]===[/]

ALTA CONDIÇÃO

- [ ] Curado
- [ ] Melhorado
- [ ] Estacionário
- [ ] Piorado
- [ ] Em tratamento
- [ ] Não tratado

TIPO DE ALTA

- [ ] Decisão Médica
- [ ] A pedido
- [ ] Transferência
- [ ] Para Diagnóstico
- [ ] Para tratamento AMB
- [ ] Transitória

TIPO DE ÓBITO

- [ ] Operatório
- [ ] Pós-Operatório
- [ ] Imediato (12 Horas)
- [ ] Mediato (1 Semana)
- [ ] Tardio (Após 1 Semana)
- [ ] Tratamento Clínico
- [ ] Sem tratamento \*

\* Causa:

ARUANA/SEGURÓS  
29 ABR 2014

===[ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ]===[/]

Fratura dos ossos da feriu esquerda [ ]

===[ TRATAMENTO REALIZADO ]===[/]

- [ ] Clínico [ ] Cirúrgico [ ] Outros

===[ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ]===[/]

Geraldo G. Nunes  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 2463 - CPF 123.314.634-78

Geraldo Nunes

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

ALTA HOSPITALAR

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONÔMICO/ÚNICO  
Médico Solicitante Médico Responsável  
GERALDO GONCALVES NUNES - 2466 GERALDO GONCALVES NUNES - 2466  
Procedimento Solicitado

===[ PACIENTE ]=====

Nome Sexo  
JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
09/06/1984 29 Anos CATÓLICA 22463 201402140000445

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
APTO05/1 APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM

===[ DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO ]=====

HD. hum in om da Pano Excent  
cd - evulsa Código [ ]

===[ NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR ]=====

[ ] Não [ ] Sim Descrição: \_\_\_\_\_

===[ ALTA ]=====

Data Hora Motivo

[ ] [ ] [ : ] \_\_\_\_\_

===[ MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA ]=====

*Seu Dr. JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO*  
ASSINATURA

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014

CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

===[ DECLARAÇÃO DE ALTA A PEDIDO ]=====

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente  
JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, solicita alta hospitalar do mesmo, do(a) CASA  
DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS onde este encontra-se internado,  
ciente de estar agindo contra a orientação e parecer dos médicos do  
referido estabelecimento de saúde, e assumindo integralmente, a  
responsabilidade por sua decisão.

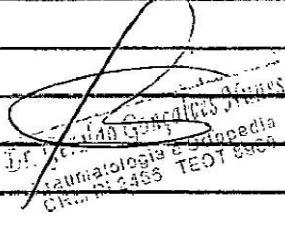
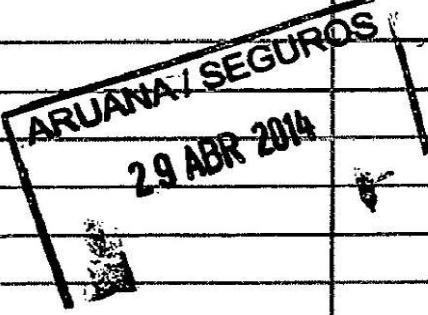
PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



Notas sobre a evolução da doença. Complicações, consultas, mudanças de diagnósticos condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente devendo todas anotações ser assinada pelo o médico que faz.

DATA		RÚBRICA
19/02/16	<p>Pratf admi a 67 feriu fr d'água feriu om da gho ergul ptu feriu a agu</p> 	
20/02/16	<p>Preat gho feriu fer al. ergul</p> 	
21/02/16	<p>Preat gho feriu fer al. gho Hospital</p>	
		 29 ABR 2014

## BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

DATA 20/02/14

NOME: José de Castro Pires APTº: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Varia da Ora - 6

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGÃO: Dr. Geraldo Lira 1º AUX. Dr. Ronaldo

2º AUX. \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: Dr. Cláudio Lira

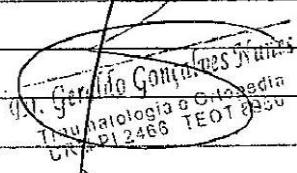
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ CIRCULANTE: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA: Ressecção de lesão de pele

Areola anterior subareolar pele  
circunferencial anterior pele subareolar  
anterior posterior pele subareolar



**ARUANA/SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

## ANESTESIA:

Nome:			Clínica		Prontuário	
Idade	Sexo	Cor	Procedência			
Data	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hemotacrito	Glicemia	Ureia	Outros
	Urina					

	02			INDUÇÃO	
Líquidos	0000			Satisfat. _____	Excit. _____
Código P. Arterial o - Pulso o - Respiração Anestésico Operação	260			Tosse _____	
	240			Laringe-espasmo _____	Lenta _____
	220			Nauseas _____	Vômitos _____
	200			Outros _____	
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
V A					
Símbolos e Anotações				CONDIÇÕES:	
Técnicas		Regras		Canulas	
Observações				Perda Sanguínea	

## OXIGÊNIO

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

## PACIENTE TRANSFUNDIDO

GP. \_\_\_\_\_ RN. \_\_\_\_\_ VOL. \_\_\_\_\_

## AR COMPRIMIDO

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

## ÓXIDO NITROSO

Início: \_\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_\_

Neocaine - 952  
 Morfina - 01082  
 Ketamina - 71g.

## DROGAS UTILIZADAS

P. Gontomíco

NOME: Josivaldo da Costa Ribeiro

APTO. 05

LEITO

### DIAGNÓSTICO:

initial: 07:00

TÉRMINO 07:50

DURAÇÃO 50 min

CIRURGIÃO

Dr. GEMALD

1º AUXILIAR

Dire. Ronaldo  
2º AUXILIAR

## INSTRUMENTADOR (A)

*naturales*

ANESTESIOLOGISTA

ANESTESIOLOGISTA  
DR. C. BOSCH

FIS	Nº	CÓDIGO	QUANT.	MEDICAMENTOS	CÓDIGO	UNID.
CATGUT CROMADO				ADRENALINA		AMP
CATGUT CROMADO				ATROFOPINA		AMP
CATGUT SIMPLES				DIPRIVAN		AMP
CATGUT SIMPLES				TRANSMIMMA		AMP
VYCRYL				FENTANIL		ML
PROLENE				ENFLURANO		ML
MONONYLON				INOVAL		ML
MONONYLON				MARCAINA		FR
ALGODÃO				PROSTIGMINE		AMP
ALGODÃO				QUELICM		FR
				THIONEMBUTAL		FR
				XILOCAINA		ML
				SEVOFLURANO		FR
				HALOTANO		ML
				NEOCAINA 0,5	10	AMP
				LIDOCAINA		ML
				ÁGUA DESTILADA	10	AMP
				ALLOFERINE	10	AMP
				CICLALARINE	10	AMP
				DIMORF	10	AMP
				DEXAMETASONA	10	AMP
				VALUUM 2 ML	10	AMP
				DOLANTINA	10	AMP
				EFORTIL 1 ML	10	AMP
				PLASTIL 2 ML	10	AMP
				FERNEGAN 2 ML	10	AMP
				FLAXEDIL	10	AMP
				KETALAR	10	AMP
				LASIX	10	AMP

ARUANA SEGUROS  
29 ABR 2014

MATERIAIS	CÓDIGO	UNID.	MATERIAIS	QUANT.	UNID.
ALGODÃO ORTOPÉDICO			CATÉTER DE OXIGÉNIO		
ALGODÃO HIDRÓFILO			COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		
ATADURA CREPON <i>10m</i>	02	und	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO		
ATADURA CREPON			POLIFIX 02 VIAS	05	und
ATADURA ELÁSTICA			MÁSCARA DESCARTÁVEL		
ATADURA GESSADA			AGULHA 40X12		
ATADURA GESSADA			AGULHA 25X7		
COMPRESSA <i>10x5</i>	02	1/2	SCALP N°		
COMPRESSA			JELCO N°		
GAZE <i>150</i>	06	1/2	MICROPORE		
DRENOS(S)			SONDA ENDOTRÁQUEAL N°		
GELFOAM			TORNEIRA 3 VIAS		
ESPARADRAPO	20	und	SACO PI LIXO	02	und
EQUIPO PI TRANSFUSÃO			AC. DC. NARANCA	03	und
EQUIPO PI SORO GOTAS					
EQUIPO PI SORO MICROGOTAS					
EQUIPO PI BOMBA DE INFUSÃO					
LUVAS N° <i>8</i> <i>0</i>	02	par			
LUVAS N° <i>7</i> <i>5</i>	02	par			
LUVAS N°					
LÂMINAS DE BISTURI N° <i>4</i>	02	und			
LÂMINA DE BISTURI N°					
CATÉTER			/		
CATÉTER VENOSO					
SERINGA DESCARTÁVEL 05	05	und			
SERINGA DESCARTÁVEL 10	02	und			
SERINGA DESCARTÁVEL					
SONDA GASTRICA					
SONDA URETRAL					
SONDA DE FOLEY 2 VIAS					
SONDA DE FOLEY 3 VIAS					
SONDA DE ASPIRAÇÃO					



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	29/03/14	Toninho da Costa Ribeiro	Plano Especial
Médico:	Aptº:	Enrº:	Leito:
Dr. Gualberto	05		
<b>PREScrição MÉDICA</b>			
<b>HORÁRIOS</b>			
1) Dnts zero 6h 11h	20/03/14	08/04/14	Assist. Paciente
2) Sf/97.	09/04/14	16/04/14	Tru. QI o c-c, PI sub-
3) Diárias (2:18) Cr e c/c	10/04/14	16/04/14	ten-ss e a um proce-
4) Tp fatif. Vacas 1V e 1V	11/04/14	17/04/14	dimento cirúrgico
5) 1/04 01 Jej. IV el 890	12/04/14	18/04/14	ss w/ ccc. 25/03/14
6) Estripos 1g Cr el 191el	13/04/14	20/04/14	ASSOT: Satis, paciente
7) Vacas (2:18) Cr e 890	14/04/14	21/04/14	Dáixa o c-c, sob efei-
8) Sodas venas 5/4	15/04/14		ntestícos sintetica
9) Injetar monos 1000. (1x-1)			nnências. Sintéticos
10) Ssw			16:00h. Paciente segue
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>			
1) Dnts zero 6h 11h	20/03/14	08/04/14	Assist. Paciente
2) Sf/97.	09/04/14	16/04/14	Tru. QI o c-c, PI sub-
3) Diárias (2:18) Cr e c/c	10/04/14	17/04/14	ten-ss e a um proce-
4) Tp fatif. Vacas 1V e 1V	11/04/14	18/04/14	dimento cirúrgico
5) 1/04 01 Jej. IV el 890	12/04/14	19/04/14	ss w/ ccc. 25/03/14
6) Estripos 1g Cr el 191el	13/04/14	20/04/14	ASSOT: Satis, paciente
7) Vacas (2:18) Cr e 890	14/04/14	21/04/14	Dáixa o c-c, sob efei-
8) Sodas venas 5/4	15/04/14		ntestícos sintetica
9) Injetar monos 1000. (1x-1)			nnências. Sintéticos
10) Ssw			16:00h. Paciente segue
<b>ARUANA/SEGUROS</b>			
29 ABR 2014			
<p>Dr. Gualberto Gualberto Nunes Traumatologia e Ortopedia CRM-PI 24.66 TECIT 8960</p> <p><i>Dr. Gualberto Gualberto Nunes</i></p>			









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014335480**Vítima:** josivaldo de castro ribeiro**Cidade:** São João do Piauí**Data do acidente:** 17/02/2014**Natureza:** Invalidez**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**Emissor do parecer:** Carla de Andrade Silveira**CRM do médico:** 312915

## PARECER

**Data da análise:** 03/06/2014**Valorização do IML:**

0,00

**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA MIE**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRUGICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE**Sequelas:** Com sequelas**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO GRAVE MIE**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50