



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:

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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



OUTROS

1004054



2-20

29/04

AVISO DE SINISTRO DPVAT

No SINISTRO:

175A 607 270/214

SEGURADORA:

(2014 335480)

COBERTURA RECLAMADA

() MORTE

(X) INVALIDEZ

() DAMS

NOME DA VÍTIMA

CPF

DATA NASCIMENTO

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO 445.198.518-82 09.06.1984

DATA DO ACIDENTE: 17 102 2014

HORA: 11:40

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE OU CORRETOR:

Nome: IVO DE ASSIS ROSADO CPF: 337.368.043-34 Dt. Nasc: 06/02/1963

Endereço: RUA RODRIGO CARVALHO, 932 Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO JOÃO DO PIAUI Estado: PIAUI CEP: 64-760-000

Tel: (89) 3483-2770 / 9441-6534

DADOS DA OCORRÊNCIA:

Código Vitima: () 1 - Transportado (2) 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 PIAUI

Município: SÃO JOÃO DO PIAUI Estado: PIAUI

Informação por tipo cobertura:

Morte = Data óbito: 1 1

Invalidez = Nº Laudo IML: Médico:

Dams = Valor Pleiteado: R\$



Local e Data: SÃO JOÃO DO PIAUI, 11.04.14 Assinatura: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

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 445198518-82 /CNPI 0000000000-00000-00, PROFISSÃO LAURADOR
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);

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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SÃO JOÃO DO PIAUI-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 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 RIBEI

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 POLÍCIA 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 Lusía Florencio de Melo

ENDEREÇO: Rua Coronel Silvestre Veras – Upanema / RN.

Cel. (84)9623-7964

ARUANA/SEGUROS
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:

Willan Novais de Sousa

Willan Novais de Sousa
Escritório "Ad Hoc"
Wat. 043425-3

Noticiante:

Antonio Osvaldo

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

"TU04026"





**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**

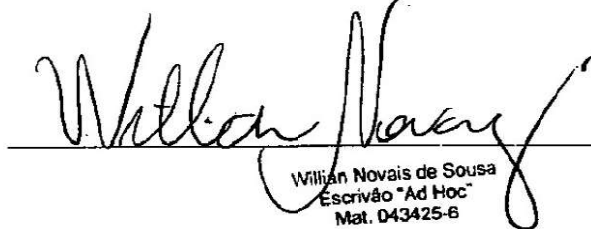


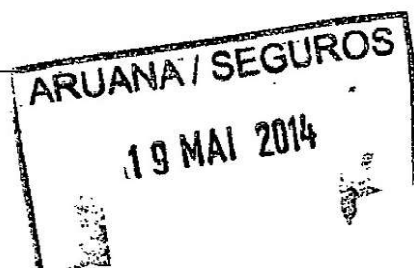
ADITAMENTO ao Boletim de Ocorrência n.º 037/2014

Aditamento

Eu, **WILLIAN NOVAIS DE SOUSA**, Escrivão de Polícia Ad Hoc, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí, Certifico 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 de Sousa
Escrivão "Ad Hoc"
Mat. 043425-6



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 GRAJAU, Nº 100 - ZONA RURAL Cidade SÃO JOÃO DO PIAUI, Estado PIAUI, 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:

☒ (X) 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.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



x Josivaldo de Castro Ribeiro

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



SÃO JOÃO DO PIAUI-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 RESIDENCIA

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 PIÁUI</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.760-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 3483-2770 / 9441-6534</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOÃO DO PIÁUI - PI, 11.04.2014.

Assinatura do Declarante: Josivaldo de Castro Ribeiro



000031555

1. **Nombre:** [Nombre completo]
 2. **Apellido:** [Apellido completo]
 3. **Fecha de nacimiento:** [Fecha]
 4. **Sexo:** [Masculino / Femenino]
 5. **Profesión:** [Profesión]
 6. **Estado civil:** [Casado / Soltero / Divorciado]
 7. **Dirección:** [Dirección completa]
 8. **Código postal:** [Código postal]
 9. **Ciudad:** [Ciudad]
 10. **País:** [País]
 11. **Correo electrónico:** [Correo electrónico]
 12. **Teléfono:** [Número de teléfono]
 13. **Fecha de registro:** [Fecha]
 14. **Usuario:** [Nombre de usuario]
 15. **Contraseña:** [Contraseña]

000031555
A União Social de Energia Elétrica - (SUCIE) está
gelada por 10 dias de 26 de abril de 2007.

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 - ROT: 187.781.03.85.031500

6396	03/03/2014
6345	11/02/2014
1,000	06/04/2014
51	03/03/2014
51	03/03/2014
NORMAL	20

RESID. BX. RENDA MONO ... 4705839 ... 1.6.1.1 ... 69

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

TARIFA SEB TRIBUTOS:

Mes/Ano Valor: R\$
02/2014 19,25

Unidade contenciosa e sujeita a suspensão de funcionamento de 30 dias, a partir de 15 de maio, por não ter sido cumprido o prazo de 15 dias para a apresentação de defesa. A suspensão decorre de uma decisão do Conselho Superior do Poder Judiciário do Estado de São Paulo.

BANDEIRAS TARIFARIAS 2014: A VERDE NAO GERA ACRESCIMO. AMARELA E
 VERMELHA GERAM. EM FEVEREIRO VIGORARIA A BANDEIRA VERMELHA, A QU
 AL IMPLICARIA 0,030 R\$/KWH DE ACRESCIMO. WWW.ANEEL.GOV.BR
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

D748, F628, 729F, 92E4, 971B, 0333, 518D, B126

7,91	20,76
7,01	20,00%
0,53	4,15
1,16	0,00
4,15	0,00

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00

01/2014

ARUANA / SEGUROS
29 ABR 2014



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



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



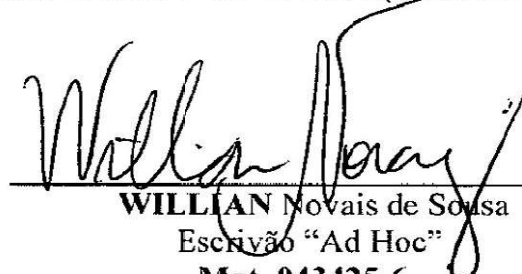
TERMO DE DECLARAÇÃO
(IML/BOMBEIRO/ANJOS DO ASFALTO)

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



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, BOMBEIROS 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: Parvelado de Castro Sibeiro

Nº Cartão do SUS: ---

End.: Crangon

Bairro: E. de C.

Cidade: S. Paulo do Piauí

D. do Nascimento: 09/07/84 Sexo: M Documento: 55.716.473.4

Data: 17.02.14 Horário: 11:45

Assinatura: Marcos S. Parente

Nome da Mãe: Elza Maria de Castro

Data dos 1ºs Sintomas: 1 / 1 / 1

Raça/Cor: ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Branca ☐ Parda

Educacionalidade: ☐ Nenhum ☐ De 1 a 3 ☐ De 3 a 7 ☐ De 8 a 11 ☐ De 12 a mais

ID: 11.11.11 de 11.11.11

CID: Aguda febre, exantema, prurido

deprimido de forma grave

CD: ---

☐ Consulta

☐ Consulta com Medicação

☐ Consulta com Aerosol

☒ Consulta com Observação

☐ Consulta com Pequena Cirurgia

☐ Consulta com Aparelho Gessado

☐ Consulta com Internação (Anexar AIH)

☐ Consulta com Transferência

☐ Consulta Ambulatorial

ARUANA / SEGUROS
29 ABR 2014

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - 250mg

2 - 500mg

3 - 1000mg

4 - 1000mg

5 - 1000mg

6 - 1000mg

7 - 1000mg

8 - 1000mg

9 - 1000mg

10 - 1000mg

11 - 1000mg

12 - 1000mg

13 - 1000mg

14 - 1000mg

15 - 1000mg

16 - 1000mg

17 - 1000mg

18 - 1000mg

19 - 1000mg

20 - 1000mg

21 - 1000mg

22 - 1000mg

23 - 1000mg

24 - 1000mg

Enf.: --- Leito: ---

ENFERMAGEM

Alta: --- Data: --- / --- / --- Hora: ---

Médico / Carimbo

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

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]==

Número 201421000451 Data 19/02/2014 Hora 19:12 Convênio PLANO ECONOMICO Carteira
Caráter de Atendimento OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Regulação:
Origem do Paciente RESIDÊNCIA Clínica/Especialidade CLINICA CIRURGICA/GERAL
Médico Solicitante 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES Médico Responsável 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES
Procedimento Solicitado

Dias
0

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO Sexo MASCULINO
Nascimento 09/06/1984 Idade 29 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO Religião CATÓLICA
Mãe ZITA MARIA DE CASTRO Pai

Conjuge Responsável ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS Prontuário 22463
CNS Registro Documento Informado

201402140000445 RG: 557164734

País BRASIL Município de Naturalidade SAO JOAO DO PIAUI/PI CEP 64760-000

Município de Residência SAO JOAO DO PIAUI/PI Logradouro ATALHO GRAJAU

Número Complemento SN Bairro ZONA RURAL

Fone Móvel (89)9427.1349 Fone Fixo Ponto de Referência

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 APARTAMENTO Clínica CLINICA MEDICA Acomodação/Leito APT005/1
Posto de Enfermagem 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 Marcos Santos



CONSULTÓRIO MÉDICO DR EDUARDO MOURA

LAUDO MÉDICO

CPF: 445.198.518-82

Josivaldo de Castro Ribeiro

Paciente vítima de acidente de trânsito 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

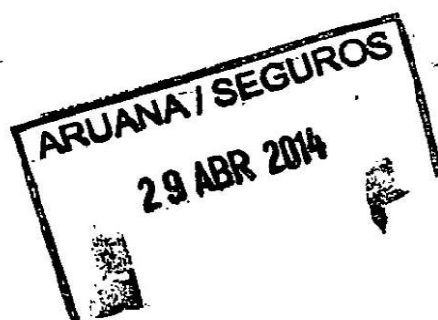
S 82.2.

São João do Piauí, 10/04/2014


Eduardo Reis de Moura

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

LAUDO 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 ECONOMICO/UNICO

==[HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO]==

Recebido a Refrão do Osm
do fono Exame
Mecânica e corpo

==[DIAGNÓSTICO INICIAL]==

Fratura do Osm da perna esquerda CID10 []

==[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/SEGUROS
29 ABR 2014

==[DIAGNÓSTICO DEFINITIVO]==

Fratura dos Osm da perna esquerda CID10 []

==[TRATAMENTO REALIZADO]==

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Outros

==[ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO]==

Geraldo G. Nunes
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2465 - CPF 123.314.634-55

Geraldo G. Nunes

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 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 ECONOMICO/UNICO
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
APT005/1 APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM

==[DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO]==

HD. Infum to Om do Puro Exant
cd - trauma CID10 []
Código []

==[NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR]==

[] Não [] Sim Descrição:

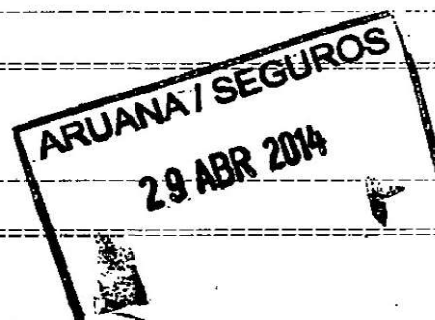
==[ALTA]==

Data Hora Motivo

[/ /] [:]

==[MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA]==

Assinatura de Geraldo G. Nunes
ASSINATURA



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



Hospital Dr. Oscar
Urgência 24 h

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME

Josivaldo de Castro
Ribeiro

MATRÍCULA

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
19/02/14	<p>Revisão médica a 61 dias de início por orn de 100 mg de 1/2 unidade de 100 mg</p> <p><i>[Signature]</i></p>
20/02/14	<p>Revisão médica por Dr. at. ortop.</p> <p><i>[Signature]</i></p>
21/02/14	<p>Revisão médica por Dr. at. Sta Hospital</p> <p><i>[Signature]</i></p>

Dr. Fernando Gonçalves Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13455 TEST 9307

ARUANA SEGUROS
29 ABR 2014

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

DATA 20/02/14

NOME: João Carlos

APTº: 06

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prostata

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: sem

CIRURGIÃO: Dr. Euflex

1º AUX. Dr. Ronaldo

2º AUX. Dr. Euflex

ANESTESISTA: Dr. Euflex

INSTRUMENTADOR: Dr. Euflex

CIRCULANTE: Dr. Euflex

CIRURGIA PROPOSTA: Prostata

CIRURGIA REALIZADA: Prostata

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: Prostata

Dr. Gerardo Gonçalves Soares
Título em Patologia e Citologia
CNPJ 12.466.707/0001-00

ARUANA/SEGUROS
29 ABR 2014

[illegible]

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	19/02/14	Jorgealdo de Castro Ribeiro	Plano Econômico
		Médico: Dr. Geraldo	Enfº: Leito:
		Aptº: 05	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Injeção de 100mg de			
2) 150mg de 100mg de			
3) 150mg de 100mg de			
4) 150mg de 100mg de			
5) 150mg de 100mg de			
6) 150mg de 100mg de			
7) 150mg de 100mg de			
8) 150mg de 100mg de			
9) 150mg de 100mg de			
10) 150mg de 100mg de			
11) 150mg de 100mg de			
12) 150mg de 100mg de			
13) 150mg de 100mg de			
14) 150mg de 100mg de			
15) 150mg de 100mg de			
16) 150mg de 100mg de			
17) 150mg de 100mg de			
18) 150mg de 100mg de			
19) 150mg de 100mg de			
20) 150mg de 100mg de			
21) 150mg de 100mg de			
22) 150mg de 100mg de			
23) 150mg de 100mg de			
24) 150mg de 100mg de			
25) 150mg de 100mg de			
26) 150mg de 100mg de			
27) 150mg de 100mg de			
28) 150mg de 100mg de			
29) 150mg de 100mg de			
30) 150mg de 100mg de			
31) 150mg de 100mg de			
32) 150mg de 100mg de			
33) 150mg de 100mg de			
34) 150mg de 100mg de			
35) 150mg de 100mg de			
36) 150mg de 100mg de			
37) 150mg de 100mg de			
38) 150mg de 100mg de			
39) 150mg de 100mg de			
40) 150mg de 100mg de			
41) 150mg de 100mg de			
42) 150mg de 100mg de			
43) 150mg de 100mg de			
44) 150mg de 100mg de			
45) 150mg de 100mg de			
46) 150mg de 100mg de			
47) 150mg de 100mg de			
48) 150mg de 100mg de			
49) 150mg de 100mg de			
50) 150mg de 100mg de			
51) 150mg de 100mg de			
52) 150mg de 100mg de			
53) 150mg de 100mg de			
54) 150mg de 100mg de			
55) 150mg de 100mg de			
56) 150mg de 100mg de			
57) 150mg de 100mg de			
58) 150mg de 100mg de			
59) 150mg de 100mg de			
60) 150mg de 100mg de			
61) 150mg de 100mg de			
62) 150mg de 100mg de			
63) 150mg de 100mg de			
64) 150mg de 100mg de			
65) 150mg de 100mg de			
66) 150mg de 100mg de			
67) 150mg de 100mg de			
68) 150mg de 100mg de			
69) 150mg de 100mg de			
70) 150mg de 100mg de			
71) 150mg de 100mg de			
72) 150mg de 100mg de			
73) 150mg de 100mg de			
74) 150mg de 100mg de			
75) 150mg de 100mg de			
76) 150mg de 100mg de			
77) 150mg de 100mg de			
78) 150mg de 100mg de			
79) 150mg de 100mg de			
80) 150mg de 100mg de			
81) 150mg de 100mg de			
82) 150mg de 100mg de			
83) 150mg de 100mg de			
84) 150mg de 100mg de			
85) 150mg de 100mg de			
86) 150mg de 100mg de			
87) 150mg de 100mg de			
88) 150mg de 100mg de			
89) 150mg de 100mg de			
90) 150mg de 100mg de			
91) 150mg de 100mg de			
92) 150mg de 100mg de			
93) 150mg de 100mg de			
94) 150mg de 100mg de			
95) 150mg de 100mg de			

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	29/02/14	Isivaldo de Costa Ribeiro	Plano Convênio
		Médico: Dr. Geraldo	Enfº: Leito:
			05

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Dito zero 5/2 11/14		AVOZ: 2015, Paciente E.
STO 19/1	20/02/14 16:39 (23.05.13)	Tua Q1 o c-c, Pl 1/0.0
Dipiridone (2:18)	20/02/14 20:08	Ten-se a um Puroce
Tylenol 400mg 1/2 12/14	20/02/14 20:08	Dinamo cinético.
Tylenol 01 1/2 12/14	20/02/14 20:08	SSW+CCG- 659-7251
Paracetamol 1g 6x d 14/14	20/02/14 20:08	ASOT: 5015, Paciente
Paracetamol (2:18)	20/02/14 20:08	Deixar o c-c, Job CEG
Sonda vesical S/M		anestésicos / intenc
Margarete Moniz		nuências. SSW+CCG
SSW		20/02/14 659-7251
Dr. Geraldo Gonçalves Nunes		16:00h. Paciente seg
Tratamento e Ortopedia		reforma mal-estar
CRM-PI 2466 TEOT 8960		desempenho em 10/02/14
		S. Paciente em 10/02/14
		medicação (com)

ARUANA/SEGUROS
29 ABR 2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Data da análise: 03/06/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA MIE**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE**Sequelas:** Com sequela**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

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

Valor avaliado: 7.087,50