

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1012642520

NOME
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR /
195451 SSP PI

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

FILIAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA
CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITACAO
06/01/1991

OBSERVAÇÕES

Agustinho Ferreira do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSAO
18/12/2014

San Martin Coelho Linhares
SAN MARTIN COELHO LINHARES
DETRAN-GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO EMISSOR

55065857216
PI314035559

DETRAN-PI (PIAUI)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1012642520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

11900452863392 Nº 014443883254
DETRAN - MA
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDD-RENAVAM 452863392 B.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE JOAQUIM DOS SANTOS FERREIRA

CPF / CNPJ 174.016.198-06 PLACA NXL1637

PLACA ANT. / UF V. NOVO MA CHASSI 9C6KE1250C0026716

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125E ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 00002P/0124 CI CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
I 18/03/19 1º 00000000
P 2º 00000000
V 3º 00000000
A 01 0.00

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 18/03/19

OBSERVAÇÕES 03-807
AF DO YAMAHA ADM DE CONS LTDA

COROATA-MA DATA 19/03/2019

Carissa Abdalla Brito
Diretora Geral - Detran-MA

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

MA Nº 014443883254 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ 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 2019 DATA EMISSÃO 19/03/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 174.016.198-06 PLACA NXL1637

RENAVAM 452863392 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125E

ANO FAB. 2011 CAT. DPVAT 09 Nº CHASSI 9C6KE1250C0026716

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO X COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 18/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

0002490 DA 001 04131

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435561/19

Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

CPF: 031.731.563-31

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: GLEIDIVAN NASCIMENTO
DE SOUSA

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

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA : 031.731.563-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680199 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO
AMPUTAÇÃO DO ANTE PÉ ESQUERDO (P.3,6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA- REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO (P.6)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA DE GRAU INTENSO DO PÉ ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190680199 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESMAGAMENTO DO PÉ ESQUERDO
AMPUTAÇÃO DO ANTE PÉ ESQUERDO (P.3,6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- LAVAGEM MECÂNICA CIRÚRGICA- REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO (P.6)

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA DE GRAU INTENSO DO PÉ ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

VITIMA:

Nome: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Cobertura: INVALIDEZ

Data do Acidente: 06/08/2019

BENEFICIÁRIO (A):

Nome: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 2.797.956-PI

CPF: 031.731.563-31

Endereço: LOCALIDADE VEREDA GRANDE 3 ASSENTAMENTO B SUCESSO, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO

Identidade: 195451-PI

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, não podendo o outorgado substabelecer desta.

FLORIANO-PI, 25 de NOVEMBRO de 2019.

Gleidivan Nascimento de Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal

1º OFÍCIO

Gleidivan Nascimento de Sousa

CARTÓRIO ROCHA
1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. FLORIANO-PI 25/11/2019. Selo: ABU-19451-PI-077.

Sirlene Luiza de Sousa
Sirlene Luiza de Sousa-Escritoriente comp.comissada
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - 07:33



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435561/19

Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

CPF: 031.731.563-31

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

CPF de: Próprio

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

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA : 031.731.563-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680199

Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

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



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190680199

Vítima: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 000010059269-4

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 031.731.563-31 4 - Nome completo da vítima: Gelidivan Nascimento de Souza

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

5 - Nome completo: Gelidivan Nascimento de Souza 6 - CPF: 031.731.563-31
7 - Profissão: Reuro 8 - Endereço: Localidade Verde Grande 9 - Número: 3 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Distrito Bom Sucesso 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: PS 14 - CEP: 64.800-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 89-3521 2793

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: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
18 - CPF 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)

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

AGÊNCIA: 0096 5 CONTA: 59.269 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (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
assinatura da
vítima/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, Florianópolis, 05.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 12:22:53
009614229 0084
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: GLEIDIVAN N SOUSA
AGENCIA: 0096-5 CONTA: 59.269-2 VAR:51
DATA 12/11/2019
NR. DOCUMENTO 961.422.900.084
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 2.9C9.481.0F5.C92.A58

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.



BOLETIM DE Ocorrência Nº: 104346.003253/2019-48

Complementar ao BO Nº: 104346.003250/2019-04

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: **Nayliê Fonseca Pereira Rocha**

Data/Hora: 03/12/2019 - 11:14

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

OUTROS

Município

FLORIANO

Endereço

ASSENTAMENTO BOM SUCESSO, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/08/2019 - 13:30

564506

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA**

Endereço: VEREDA GRANDE /ASSENTAMENTO BOM SUCESSO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9475-5811

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA Ocorrência

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA.	XTZ 125E		NXL1637	9C6KE1250C0026716	452863392	Vermelha

Condutor: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

End: ASSENTAMENTO BOM SUCESSO Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro:

Proprietário: JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS FERREIRA

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA Ocorrência

INFORMA O DECLARANTE QUE DIA 06/08/2019 POR VOLTA DAS 13:30H QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PRO UMA ESTRADA DE PIÇARRA NA LOCALIDADE BOM SUCESSO QUANDO EM UMA CURVA FOI SURPREENDIDO COM OUTRO CARRO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, QUE ESTE COLIDIU NO GUIDON DE SEU VEÍCULO, QUE PERDEU O CONTROLE CHEGANDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HTN DE FLORIANO, ONDE FOI DIAGNOSTICADO ESMAGAMENTO E LUXAÇÃO DO PÉ DIREITO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat.
AGENTE DE POL



Gleidivan nascimento de souza

GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luacy Keiko Leal Paraflo
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: — 3 - CPF da vítima: 031.731.563-31 4 - Nome completo da vítima: Gelidivan Naximento de Souza

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

5 - Nome completo: Gelidivan Naximento de Souza 6 - CPF: 031.731.563-31
7 - Profissão: Reuso 8 - Endereço: Localidade Venda Grande 9 - Número: 3 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Distrito Bom Sucesso 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: PR 14 - CEP: 64.800-000
15 - E-mail: 89-3521 2793 Tel. (DDD):

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:

☒ RECUO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: 0096 5 CONTA: 59.269 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: —

AGÊNCIA: — — CONTA: — —
(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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (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: —

CPF: —

Assinatura da testemunha —

39 - 2ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha —

40 - Local e Data, Florianópolis, 03.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Gelidivan Naximento de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) —

43 - Assinatura do Procurador (se houver) —



USA



DATA: 06/08/19 HORA: 14:15 LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA ASSUMPTO BAN SUSSO
BAIRRO: E. RURAL CIDADE: FLORIANO NOME DO PACIENTE: GUSTAVO DO NASCIMENTO DA SILVA
SEXO: ☒ M ☐ F / IDADE: 28

CONTROLE DO TEMPO
SAÍDA DA BASE 14:15 CHEGADA AO LOCAL 14:40 SAÍDA DO LOCAL 15:00
CHEGADA AO HOSPITAL 15:23 SAÍDA DO HOSPITAL 15:40 RETORNO À BASE 15:47

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:
U. CLÍNICA - ADULTA U. CLÍNICA - PEDIÁTRICA ☒ ACIDENTE DE TRANSITO TIPO MOVA VÍTIMAS 01 OUTROS:
AGRESSÃO FÍSICA MAL SÚBITO INTOXICAÇÃO EXÓGENA
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA URGÊNCIA OBSTÉTRICA QUEIMADURA RECUSA DE ATEND. TRANSPORTE
ENVENENAMENTO QUEDA ACIDENTE ANIMAL PEÇONHENTO JÁ REMOVIDO
AFOGAMENTO FAS CHOQUE ELÉTRICO FALSO CHAMADO
FAF OBITO

AValiação GERAL
ALERTA ☒ AUSENTE ☐ ISOCÓRICAS ☒ NORMOSFIGMICO ☒ NORMAL ☒ NORMAL ☒
RESPOSTA AO COMANDO MÍNIMO ANISOCÓRICAS TAQUISFIGMICO CO*USA CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPOSTA A ODR MODERADO MIDRIASE BRADISFIGMICO NENHUMA NENHUMA
SEM RESPOSTA INTENSO MIÓSE AUSENTE GLASGOW Nº

14:50
PULSO (BPM) 72 bpm
RESPIRAÇÃO (IPM) 12
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) 120 x 80 mm Hg
SATURAÇÃO DE O₂ (%) 99%
TEMPERATURA (°C) 36.5
GLICEMIA CAPILAR 100 mg/dL

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente motorciclístico com fratura de pé esquerdo, apresentando lesão em membro superior direito (ECB).

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL ADM DE OXIGÊNIO
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA RETIRADA RÁPIA COM KED
ACESSO VENOSO SOL: DESFIBRILAÇÃO VENTRICULAR ADM DE GLUCOSE
RCP ASPIRAÇÃO % / AMP: NEMOSTASIA
INCUBADORA NEONATAL VIA AÉREA DEFINITIVA VIA AÉREA PROVISÓRIA

CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MELHOROU ☐ PIOROU ☐ INALTERADO ☐
ÓBITO:
ANTES DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO ☐
DURANTE O TRANSPORTE ☐

HOSPITAL DE DESTINO: ☒ HRTN ☐ OUTRO
CIDADE: _____

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA
DROGA QUANT. VIA
D50, 9% 100ml IV
Oxigenio 200ml + 100ml SP0, 9%

SAMU - 192
Confere com 13/11/19
Florianópolis (PI)

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

APOIO SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ BOMBEIROS ☐ USF ☐ OUTRO

Dr. Ricardo Pinheiro
Médico
CRM-MA 10.716
RECEPÇÃO - HOSPITAL

Dr. Sergio Nogueira
EQUIPE SAMU (MÉDICO, ENFERMEIRO, TEC. ENF., CONDUTOR)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00096-5

CONTA: 000010059269-4

Nr. da Autenticação 685C88BBAA86B8A6

constantia
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão, 100 - Centro-Sul - Tel. (011) 300-1000
CNPJ 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual 10.201.163-0)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Geração B-3
Registro especial de Imposto de Renda para NEFAS 08/99

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 026551580

A Tarifa Social de Energia Elétrica - FSE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES
AGOSTO/2019

VENCIMENTO
05-09-2019

CONSUMO (kWh)

149

TOTAL A PAGAR (R\$)

112,64

SEBASTIANA ALVES DO NASCIMENTO
LC VEREDA GRANDE 3 ASSENT B SUCESSO B-RURAL
CPF: 00075839229334
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA

Atual

1929

Anterior

1780

Variação de Medição (kWh)

Consumo Mensal

149

Consumo Faturado

149

Forma de Faturamento

NORMAL

FCAM

Código de Inquilinato

Classe/Subclasse

RURAL

DADOS DA UNIDADE CONSUM

Ligação

MONO

Numero Medidor

A2050227

Posto

Código Fix

4.1.2.1

Medida 12 meses

97

HISTÓRICO kWh

Medição em kWh

JUL/19 143
JUN/19 129
MAI/19 113
ABR/19 104
MAR/19 115
FEV/19 111
JAN/19 76
DEZ/18 71
NOV/18 69
OUT/18 87

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 149 A R\$ 0,6529/kWh
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00
MULTA POR ATRASO 07/19-00
PARCELAMENTO DE DÉBITO 1/5
JÚROS POR ATRASO 07/19-00
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA

97,29

0,49

1,76

12,49

0,61

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 149 - 0,463697

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Parabéns! Até o dia 28-08-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Atenção: para evitar penalidades de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes em conformidade com o prazo de vencimento.

RESERVADO AO FISCO AAD9.0E73.28FC.4DBC.63EB.EB04.7C49.242E

CONFIGURAÇÃO DA CONTA - R\$

Contribuição 20,45
Energia 39,51
Transmissão 6,68
Encargos 3,27
Tributos 27,38

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo 97,29
Alíquota ICM 22,00% 75,89
Valor do ICM 21,40
Valor do PIS 1,06
Valor do COFINS 4,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54			
Realizado	0,00			0,00			0,00			

Conjuntura FLORIANO

Período de apuração 06/2019 - 31,97

equatorial
ENERGIA

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 36194753

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	10/12/2019	40	40,39

CRISTIANE DA CONCEIÇÃO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A CENTRO II-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 200.800.17.19.069400

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	13632	Atual:	23/11/2019
Anterior:	13592	Anterior:	23/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/12/2019
Consumo Medido:	40	Emissão:	21/11/2019
Consumo Faturado:	40	Apresentação:	22/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	31
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1441592		156

HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	40 A R\$ 0,904643 = 36,18
OUT/19	54	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,10
SET/19	116	MULTA POR ATRASO 09/19 00	2,12
AGO/19	162	JURDS POR ATRASO 09/19 00	0,99
JUL/19	175	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,15
JUN/19	196	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,22
MAI/19	190		
ABR/19	149		
MAR/19	182		
FEV/19	173		
JAN/19	142		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 40 - R\$ 64,562

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/12/2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 9F5L C943.ECA/ 0617 B751 19C7.B0FE C934

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TAJUNTOS - R\$	
Distribuição:	7,62	Base de Cálculo:	36,18
Energia:	14,70	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	2,48	Valor do ICMS:	7,95
Encargos:	1,21	Valor do PS:	0,39
Tributos:	10,17	Valor do COFINS:	1,83

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DICI
	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral	Anual	Plano	Trimestral
Libros	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54	
Recebido	0,00			0,00			0,00	
Consumo	FLORIANO						09/2019	41,07

ROT: 200.800.17.19.069400

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

1335477-9

40,39

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

11/2019

10/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 36194753

FCAM*

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

032000000000 0 102000170000 2 000000001335 9 477911190008 0

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;

² 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 Agustinho Ferreira do Nascimento (a) no CPF sob o Nº 077.532.259/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Olédivan Nascimento de Sousa (a) no CPF sob o Nº 031.731.563/31 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Olédivan Nascimento de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.731.563/31, 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 Bento Soares</u>		Número <u>262 A</u>	Complemento _____
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Silopiano</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.800-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>89-3521 2793</u>	Telefone celular (DDD) <u>89-9924 0114</u>

Silopiano-PI 03 de dezembro de 2019
Local e Data

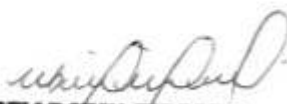
[Assinatura]
Assinatura do Declarante

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA**, portador da ID 2.797.956, CPF 031.731.563-31, sofreu acidente automobilístico no dia 06/08/2019 e teve atendimento no Hospital Tibério Nunes, onde foi diagnosticado esmagamento e luxação do pé esquerdo e traumatismo cranioencefalico, sendo tratado conservadoramente o traumatismo e cirurgicamente a amputação do pé com amputação do membro. Após os noventa dias de tratamento ambulatorial teve alta definitiva no dia 25/11/2019, após a alta relata sentir dor fantasma, formigamento, queimação, edema aos esforços, mobilidade diminuída devido ao desconforto, tremores ao movimento, incapacidade funcional do tornozelo, fraqueza generaliza em membro inferior esquerdo, perda de massa muscular, flacidez, dormência, comprometimento da raiz nervosa de L5-S1, diminuição da amplitude de movimento e da força muscular. Na avaliação física foi constatado diminuição da ADM de 100% para os movimentos do tornozelo com grau 0 de força muscular (presente 0% da força do membro afetado). Paciente evolui com auxilio de muletas para deambulação e encontra-se afastado e impossibilitado de realizar suas atividades laborais e de vida diária.

CID: S02 + S98.3 + V29.4

Florianópolis – Pi, 25 de novembro 2019


CIBELLE SILVA FERREIRA
Fisioterapeuta
CREFT.0: 187.648-F

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
GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
150832

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898003432195607

8 - DATA DE NASCIMENTO
28/08/1986

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
SEBASTIANA ALVES DO NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 3522-3468

12 - ENDEREÇO
BOM SUCESSO, 0 -

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

Paciente com emagrecimento de 10%

AH DIGITADA

AH NUMERADA

Procedimentos:
1 - 0413040178
2 - 0408050020

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

Verbal de Sintomas de Auto-ru
Análise Encefalograma e R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
S98.3

22 - CID SECUNDÁRIO
V89.4

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0415030013

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
00796720355

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
FELIPE NUNES DE ALMEIDA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06/08/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 06.553.564/0103-62

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
CNPJ: 06.553.564/0103-62

38 - CNPJ EMPRESA

DATA 12/11/2019

40 - CNAE EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Comissão de Avaliação de Autorizações
CNPJ: 06.553.564/0103-62

80211
22039090133987

Atendimento:	1077294
Data:	06/08/2019
Hora:	16:29

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

Nº AIH
MARIZA

BOLETIM DE ADMISSÃO

150832 - GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 28/08/1986 - 32 ANOS, 11 MESES, 9 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX27 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4315 - FELIPE NUNES DE ALMEIDA

CPF: RG: 2797956 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: BOM SUCESSO, N° 0 - CEP: 64800-000 Bairro:

Cidade: 2203909- FLORIANO/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: ANICETO BATISTA DE SOUSA Mãe: SEBASTIANA ALVES DO NASCIMENTO

Responsavel: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

De: a de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

Envolvimento do Antebraço

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.553.564/0103-62

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 12/11/2019

Manoel da Silva

Dr. Celso Augusto Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3518 TEOF: 13125

FELIPE NUNES DE ALMEIDA

SAME

Hospital Regional Tibério Nunes - HRTN

CNPJ: 06.553.564/0103-62



BOLETIM CIRURGICO

1077294 - GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Data: 06/08/2019

Diag. Cirúrgico: Engrasamento do pnf

Cirurgia: ILC + Amputação de auto-pi

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente em decúbito dorsal sob raquioceteno.
- ② Anest. Autinegro + Anest. de Injeção de Injeção
- ③ ILC
- ④ Engrasamento do pnf
- ⑤ Reforço vascular
- ⑥ Amputação de auto-pi
- ⑦ Extensão.

Cirurgião: Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39.8 TET: 13135

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

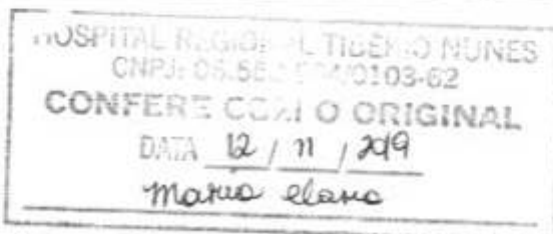
Anestesista: _____

Anestesia:

☐ RAQUI
☐ CAUDAL

☐ GERAL
☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____



SAME
Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN
CNPJ: 05.562.574/0103-62



CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

Nome do Paciente: Gleidivan Naximara de Souza Reg. Same: _____Cirurgia: Amputação Aut. p/ esquerda Sala: 03Cirurgião: Dr. Celso Auxiliar: Dr. FelipeInstrumentador: Maiana Circulante: LeonardoData: 06/08/19 Início: 18:50 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANTIDADE	UNIDADE	SUBTOTAL
01	ADRENALINA <u>Dimar</u>		01	amp	
02	ALBUMINA HUMANA <u>Mossini</u>		01	amp	
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g <u>Pefazolin</u>		02	amp	
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		01	amp	
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATONE ML				
24	HALATONE <u>Tipiron</u>		02	amp	
25	KETALAR				
26	METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METILCELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PROSTIGMINE <u>Indarstom</u>		01	amp	
32	PROSTIGMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		06	amp	
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5%				
44	XILOCAÍNA 0,75%				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CNPJ: 06.563.054/0103-62

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 12/11/2019

Márcia Clara

SANE

Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN

MATERIAL DE SALA

01	ALCOOL	
02	AGULHA DESCARTÁVEL	
03	ALGODÃO	
04	ABOCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	80 cm
16	GASES	08 pontos
17	GESEO	
18	KIT TORACICO	
19	LUVA ESTÉRIL	04 pontos
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS	02 pontos
21	LÂMINA DE BISTURI Nº 15	
22	LÂMINA DE BISTURI Nº 24	03 un + 1 un
23	LENTE INTRAOCULAR	
24	MASCARAS	06 un
25	OXIGENIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60 ml
27	POVIDINI DEGERMANTE	60 ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTÁVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	02 un
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	01 un
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURIGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM () NÃO ()
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM () NÃO ()
RECURSOS TERAPÊUTICOS		
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		
FIOS		
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	
05	KIT OFTALMOLÓGICO	
06	LIG. CLIPS	
07	MONONYLON Nº	
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	
10	VICRYL 0	
RESUMO DO FATURAMENTO		
01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA	
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA	
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPÊUTICOS	
04	TOTAL DE FIOS	
05	TOTAL GERAL: = 1 + 2 + 3 + 4 =	



Hospital Regional
Tiberio Nunes

SAÚDE | **Piauí**
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAP | GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Nome do Cliente: GLEIVAN NASCIMENTO DE SOUZA Data de nascimento: 28/08/86

Procedimento: Enf/ Leito: Data do Procedimento: 1/1

Procedimento Cirúrgico: T: 12 FC: bpm FR: 25 lpm PA: 120/80 mmHg

Alcemia Capilar: 124 mg/dl Acesso Venoso: X Periférico () Central (especificar local, calibre e n° de dias) 20

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

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

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada X Não

Higiênizado: () Sim X Não Tricotomia: () Sim X Não Exames essenciais disponíveis: X Sim () Não

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

Prontuário completo com ficha de internação X Sim () Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

Valtercia Cavallero
ENFERMEIRO

WA
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu MARIA DAS DORES DA NASCIMENTO DE SOUSA autorizo
a amputação do membro ANTPE do paciente Gleidivan Nascimento
me responsabilizando por quaisquer danos que venha a ocorrer por
motivo da mesma

Paciente: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Família: Maria das Dores Nascimento

Testemunhas: Joséildo de Menezes

Testemunhas: _____

Floriano-PI, 06, 08, 2019

Hospital Regional Tiberio Nunes
Hospital Regional Tiberio Nunes
Rua Gabriel Ferreira, S/N- Mangueira
Administrativo-Bloco A
64800-000 - Floriano-PI
(89) 3522-1489/1323
email: hrtnflo@hotmail.com

Secretaria Estadual da Saúde
Av. Pedro Freitas S/n- Centro
64018-200- Teresina-PI
(86) 3216-3595
www.saude.pi.gov.br

Hospital Regional Tiberio Nunes
CNPJ: 06.535.561/5000-62

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: Gleidivon Nascimento de Sousa Registro: _____

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
06/08/13						
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	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											TOTAL DE DOSES
	1											
	2											
	3											
líquido	Soluto 500											
	400											
	Sangue 300											
	200											
	Outros 100											
Temperatura T°	C	42.00										SEQUÊNCIA
		240										
P. Arterial		220										
V	38	180										2
A		160										3
Pulso	36	150										4
Início e Fim Anestesia	X	34										5
		120										6
Início e Fim Operação		100										7
	32	80										8
		60										9
Respiração	30	40										10
		20										11
		10										12
SÍMBOLO												DURAÇÃO

Técnica: Periosteal

Operação: Implante ungueal + Fixação externa de pé esquerdo

Incidentes - Acidentes



Hospital Regional
Tiberio Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Gládivan Nascimento da Sousa D.N. 28/08/1986
 Data: 06/08/19 Admissão às 20:27 Prontuário 150832
 Alergia não Procedimento realizado Ampulagem Anti-pi. Esquendo

DOS REFERENTES À ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. João CIRURGIÃO: Dr. Alvaro

NOTAS (HORÁRIO DE INÍCIO: 20:27)

hora	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
A	118x67mmHg	126x68mmHg	155x99mmHg	117x64mmHg				
uls.	142 bpm	109 bpm	79 bpm	120 bpm				
C								
PO ₂	91%	91%	91%	100%				
GT								
or(0-10)								
ss.Func.	geraudina	geraudina	geraudina	geraudina				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2		1			Em 06.08.19 às 20:27 hs paciente admitido na S.R.P.A. de uma cirurgia Amputação do Anti-pi. Esquendo. Sob efeito de raquia nervosa. nua - alergia medicamentosa. consciente, orientado.
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2		2			PA: 118x67 mmHg, SPO ₂ : 91%, pulso: 142 bpm. Geraudina Pereira da Silva Carvalho Técnica de Enfermagem COREN-PE 1211367
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2		2			As 21:33 hs paciente encaminhado de sala de recuperação para Ala 4. Após se recupera da anestesia. Segue consciente, orientado por 117x64 mmHg, SPO ₂ : 100%, pulso: 120 bpm. Geraudina Pereira da Silva Carvalho Técnica de Enfermagem COREN-PE 1211367
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2		2			Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN CNPJ: 06.553.504/0001-62
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
respiração deênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2		2			
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			09	09			

ALTA às 21:33

Ass. Médico: _____

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES – HRTN S/A
FLORIANO – PI

TERMO DE SEPULTAMENTO

EU Maria das Dores Nascimento de Sousa

AUTORIZO O SEPULTAMENTO DO (A) anfitri

DO(A) PACIENTE GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

NO LOCAL _____

CIDADE _____ UF _____

PELO(OS) FAMILIAR(ES) _____

RESPONSABILIZANDO-ME POR QUAISQUER DANOS QUE VENHAM A OCORRER
POR MOTIVO(OS) DO MESMO.

PACIENTE GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

FAMÍLIA Maria das Dores Nascimento de Sousa

TESTEMUNHA 1 Jean R. S.

TESTEMUNHA 2 _____

Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

FLORIANO – PI, 06 2019, 2019

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

200

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Gláucia V. Souza

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

CM

A CLÍNICA:

U.R.C.

MOTIVO DA CONSULTA

Distúrbio de consciência, TCE. Alteração de ECG.

DATA 06, 08, 14

Dr. Ricardo Pinheiro
Médico
CRM-MA 111111
ASS. MÉDICO

PARECER:

res 16:37h

Paciente vítima de TCE. Não conseguiu realizar TC de rotina por movimentos.

Parte do exame a primária sem potenciais elétricos intracranianos.

Após completar o exame.

Leonardo de Moura S. Junior
Neurocirurgião
CRM-PI 3671

REQUISIÇÃO DE PARECER

OME:

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

A CLÍNICA:

MOTIVO DA CONSULTA

DATA:

ASS. MÉDICO

PARECER:

Dr. Feline Rocha Reis
Cirurgião Dentista
CRM/PT 8841 - ORNUMA 8072
ABRIL 2015

06 AUG. 2015

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

Gládivan Nascimento de Sáez

DA CLÍNICA:

Ortopedia

À CLÍNICA:

NCR

MOTIVO DA CONSULTA

Treasure de uneto exaltado com
cistite. Sólato re de uoio p/pstus enduro
NCR.

DATA: 10 / 08 / 19

Dr. Francisco de Castro Branco
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 4504 / TBO 14196

ASS. MÉDICO

SAME

Hospital Regional Tiberio Nunes - IRTN
CNPJ: 06.553.564/0103-62

PARECER:

Neurologia

TC cranio sem lesões intracranianas

Sem conduta Neurocirurgia

Leonardo de Moura S. Junior
Neurologia
CRM 367

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

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>Geiselva Nunes</u> DATA <u>08/08/12</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA					
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. TILATIL 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. SSV + CCGG					
<u>Geiselva Nunes</u> <u>08/08/12</u>					

Dr. Cornélio P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2572-1504 7348

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

NOME <u>Eliziane Venunha</u>		ALA <u>ALA</u>	ENF. OU APT <u>19</u>	LEITO <u>06</u>	ORTOPEDI
DATA <u>08/06/18</u>		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
01. DIETALIVRE		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
02. JELCO HIDROLISADO		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		OBSERVAÇÕES			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		At 9:30h realizado			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		curativo, paciente			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		colmo sem dor			
07. TRAMMAL 100MG + 100ML SFO, 9% IV 8/8 HORAS (S/N)		almoço no maior			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA - (S/N)		At 12:00h venunha			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		PA=100/60, FC=72			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13 - Exame físico em 8/6					

Hospital Regional Tiberio Nunes - HRTN
 CNPJ: 06.558.564/0103-62

Manoel Rodrigues de Sousa
 Médico Responsável
 Conselho Regional de Medicina do Piauí
 CRM-PI 14.872

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

NOME	ALIA	ENF. OU APT.		LEITO	ORTOPEDI
		19	06		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 14/11/78	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. TILATIL 20MG - 04 AMP IV DE 4/4/4/4 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CENEXANE 40MG - 01 AMP SC 4/4/4/4					
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					
Nota: 80% de cura Dr. Felipe Nunes de Almeida CRM-PI: 4316 / TEOT 14176	Observações: Ao 12:00h. Medicação de PA: 120x70 mmHg. Realizado curativo. PA: 132x57 mmHg. Paciente em repouso.				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Endimento: E0184222



INTERNADO

Coletado:

Data: 08/08/2019

Paciente: GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Sexo: MASCULINO

Médico(a): SERGIO ROMERIO SILVA LEAL

Idade: 32 ANOS, 11 MESES, 10 DIAS

Convênio: SUS

Leito: EX06 Enfermaria: E01

Impressor: 08/08/2019

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	1,89 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	5,50 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	16,4 %	40 a 52 %
VCM	86,77 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,10 pg	26 a 34 pg
MCHC	33,54 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	11.100 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
NEUTRÓFILOS	0 %	0
LINFÓCITOS	0 %	0
MONÓCITOS	0 %	0
ERITRÓCITOS	0 %	0
PLAQUETAS	126.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES**ERITRÓCITOS**

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE, NEUTROFILIA, TROMBOCITOPENIA, ERITROPENIA.

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Elidivani Mourant de Sousa

Atenção médica.

Atento para os sintomas que
O paciente apresentou por motivo de
ocorrência de edema da canela esquerda
de corte no Enquadrado; Remete de alta
ambulatorial;

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

Florianópolis, 12/11/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS




Gleidivan Nascimento de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CEBRAL 2.797.956 DATA DE EMISSÃO 28/12/05

NOME GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

RELACÃO SEBASTIANA ALVES DO NASCIMENTO
ANICETO BATISTA DE SOUSA

NATURALIDADE FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO 28/08/1986

DOC. IDENT. CERT. NASC. 446 L A01 F 112V
EXP FLORIANO-PI 26/09/88

Gleidivan Nascimento de Sousa
Poderes do Titular
Instituto Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

23/08/2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

031.731.563-31

Nome

GLEIDIVAN NASCIMENTO DE SOUSA

Nascimento

28/08/1986

CÓDIGO DE CONTROLE

4080.F3E3.C2F1.E64C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:39:18 do dia 23/08/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO