

PJEC PJEC 0800078-08.2020.8.18.0155 REINALDO SOUSA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

8210642 - CONTESTAÇÃO (2692367 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 10:42:42

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
8210633 - CONTESTAÇÃO
8210642 - CONTESTAÇÃO (2692367 CONTESTACAO U1)
8210502 - Documentos (2692367 CONTESTACAO Anexo 02)
8210500 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
8210595 - Documentos (GARATA DE PREPOSTOS)
8210697 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

28 Jan 2020

EXPEDIÇÃO DE AVISO DE RECEBIMENTO (AR).
8078925 - Citação

downloadBinario.seam 1 / 8
2692367- CS/ 2020-00444/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
AVOGADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE PIRIPIRI/PI
Processo: 08000780820208180155
INCOMPETÊNCIA DO JEC:
Necessidade de Prova Pericial.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE PIRIPIRI/PI

Processo: 08000780820208180155

INCOMPETÊNCIA DO JEC:

Necessidade de Prova Pericial.
Incompatibilidade com o Rito

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **REINALDO SOUSA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 20/09/2019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA INCOMPETÊNCIA DOS JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS PARA APRECIAR MATÉRIA QUE CAREÇA DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL TÉCNICA

Conforme se observa da exordial, a natureza do pedido é a invalidez da parte autora, sendo o ponto controverso que motivou a lide, o grau dessa suposta invalidez. Trata-se, portanto, de matéria eminentemente técnica, carecedora da produção de prova pericial para ser dirimida. Daí emerge a incompetência dos Juizados Especiais Cíveis para apreciar esta questão.

Por certo o intuito da lei nº 9.099/95 é apresentar um rito mais célere às partes, para causas de menor complexidade, assim entendidas como aquelas que não exigem a realização de prova pericial. Neste sentido, tem sido o posicionamento das Turmas Recursais do Rio Grande do Sul³.

Irrefragável a incompetência deste Juizado para julgar a presente lide, pois no caso dos autos, é cristalino que a prova técnica será fundamental para o correto julgamento da ação, na medida em que nos casos de invalidez deverá ser respeitado o grau da lesão do acidentado a fim de ser paga a indenização de forma proporcional.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. INCOMPETÊNCIA DO JEC. DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DA INVALIDEZ. LAUDO DO IML QUE NÃO ATESTA O GRAU DE INVALIDEZ. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA. EXTINÇÃO DO FEITO, SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO MANTIDA. O acidente de trânsito que ocasionou a lesão corporal de caráter permanente no autor ocorreu após o advento da súmula 14 das Turmas Recursais Cíveis que dispõe que "os pedidos de indenização por invalidez permanentes ajuizados a partir do precedente do RI nº 71001887330, julgado em 18/12/2008, deverão observar a regra de graduação da invalidez", prova que não aportou aos autos. SENTENÇA CONFIRMADA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. RECURSO DESPROVIDO." (Recurso Cível Nº 71004897377, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Marlene Landvoigt, Julgado em 26/08/2014)

Em decorrência, a demandada requer a extinção do processo sem resolução do mérito, na forma do artigo 51, II, da lei nº 9.099/95.

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA			Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT	
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190661832	Cidade: Brasileira	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS	Data do acidente: 10/08/2019	Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 06/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁG.22/23/24_CIRURGIA				
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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a parte ser submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, realizou-se o referido pagamento.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

DA AUSÊNCIA DE GRADAÇÃO CORRETA NO LAUDO EXPEDIDO PELO IML

Conforme se depreende dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/08/2019**.

Ademais, em sede administrativa a vítima foi submetida a avaliação médica realizada por dois profissionais especializados, sendo um na figura de revisor, e, após detida avaliação houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) de acordo com o grau das lesões apresentadas à época do referido exame.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁴.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

⁴ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25	R\$ 3.375,00

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Ocorre que o ilustre perito do IML gradua de forma incorreta a lesão acometida à parte autora, agregando à lesão a porcentagem de 70%.

DESTA FORMA, RESTA CLARO QUE NÃO HOUVE A DEVIDA QUANTIFICAÇÃO DA EXTENSÃO DA INVALIDEZ DE ACORDO COM A LEI 11.945/2009 E NA SUMULA 474 DO STJ, NÃO DEVENDO, ASSIM, O LAUDO PERICIAL SER CONSIDERADO VÁLIDO PARA GRADUAR A PRESENTE LESÃO.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida na forma da fundamentação da peça de bloqueio.

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PIRIPIRI, 5 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REINALDO SOUSA SANTOS**, em curso perante a **ÚNICO JEC** da comarca de **PIRIPIRI**, nos autos do Processo nº 08000780820208180155.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661832 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.22/23/24_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661832 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.22/23/24_CIRURGIA

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Reinaldo Souza Santos
RG: 3-653.804 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 064.710.263-31
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sócio Profissão: mecânico
Endereço: Av. Recanto das Palmerias Nº 217
Bairro: Itaoca Rural Cep: 64-260-000 Cidade/UF: Brasileira - PI
Telefone: (86) 99815-0212 () _____ () _____

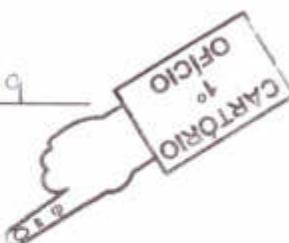
OUTORGADO:

Nome: Angelina de Brito Silva
RG: 2-419-411 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 017.761.783-78
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: sócio Profissão: Advogada
Endereço: Rua Antônio Freire Nº 235
Bairro: Centro Cep: 64-240-000 Cidade/UF: Piúma - PI
Telefone: (86) 99965-2462 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à Vitima: Reinaldo Souza Santos

CPF: 064-710-263-31 Data do Acidente: 10/10/2019
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Piúma, 15 de outubro de 2019
Local e data



Reinaldo Souza Santos
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATHAS MELO | Avenida Ademar Alves Ferreira, 71 – Centro – Píuuma / PI – Cep 64260-000
Tabelionato de Notas de Píuuma-PI | Tabelião Público | M: (86) 3276-4197 | Fax: (86) 3276-4197 | Email: cartorio1oficio@bol.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE REINALDO SOUSA SANTOS.
DOU FE. EM TEST. 9061 DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 17/10/2019.
Número: AAK58476-49UB | www.tjpi.jus.br/portalextra.

JONATHAS MELO-TABELIAO
Valor: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 98
DECLARAÇÃO

Jonatas Melo
Tabelião Público
Cartório do 1º Ofício - Jônatas M.
Píuuma - PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Reinaldo Souza Santos
RG: 3-653.804 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 064.710.263-31
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sócio Profissão: mecânico
Endereço: Av. Recanto das Palmerias Nº 217
Bairro: Itaoca Rural Cep: 64-260-000 Cidade/UF: Brasileira - PI
Telefone: (86) 99815-0212 () _____ () _____

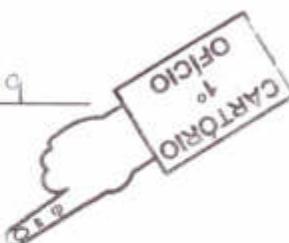
OUTORGADO:

Nome: Angelina de Brito Silva
RG: 2-419-411 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 017.761.783-78
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: sócio Profissão: Advogada
Endereço: Rua Antônio Freire Nº 235
Bairro: Centro Cep: 64-240-000 Cidade/UF: Piúma - PI
Telefone: (86) 99965-2462 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à Vitima: Reinaldo Souza Santos

CPF: 064-710-263-31 Data do Acidente: 10/10/2019
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Piúma, 15 de outubro de 2019
Local e data



Reinaldo Souza Santos
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO | JONATHAS MELO Avenida Ademar Alves Ferreira, 71 – Centro – Pirenópolis / PI – Cep 64290-000
Tabelionato de Notas de Pirenópolis-PI
= Tabelião Pátria =

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE REINALDO SOUSA SANTOS.
DOU FE. EM TEST. 9061 DA VERDADE. PIRIPIRI-PI, 17/10/2019.
Número: AAK58476-49UB www.tjpi.jus.br/portalextra.

JONATHAS MELO-TABELIAO
Valor: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 98
DECLARAÇÃO

Jonatas Melo
Tabelião Público
Cartório do 1º Ofício - Jonatas M.
Pirenópolis - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419483/19

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

CPF: 064.710.263-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: REINALDO SOUSA SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANGELINA DE BRITO SILVA : 017.761.783-78

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

REINALDO SOUSA SANTOS : 064.710.263-31

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: 27/11/2019
Nome: ANGELINA DE BRITO SILVA
CPF: 017.761.783-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANGELINA DE BRITO SILVA

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371511/19

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

CPF: 064.710.263-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: REINALDO SOUSA SANTOS

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANGELINA DE BRITO SILVA : 017.761.783-78

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

REINALDO SOUSA SANTOS : 064.710.263-31

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: 24/10/2019
Nome: ANGELINA DE BRITO SILVA
CPF: 017.761.783-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

ANGELINA DE BRITO SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661832

Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELINA DE BRITO SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REINALDO SOUSA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na Investprev Seguradora S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190661832 Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS

Data do Acidente: 10/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANGELINA DE BRITO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REINALDO SOUSA SANTOS

Informamos que o pagamento da i

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REINALDO SOUSA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000699

Conta: 0000080212-7

Tipos de Conta:

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, retorno 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 - N° do bairro ou ASL:	3 - CEP da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 064.710.263-31 REINALDO SOUSA SANTOS
--------------------------	--------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS	6 - CEP: 064.710.263-31
7 - Profissão: MONTADOR	8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA
11 - Bairro: Zona Rural	12 - Cidade: BRASILEIRA
13 - Estado: PI	14 - CEP: 64-260-000
15 - Email: angeline1235ay@gmail.com	16 - Tel.(DDD): (86) 999 652962

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco Itaú Banco do Brasil Caxias Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0699** CONTA: **00026043** (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AuséNcIA 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(BENEFICIÁRIO) (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Ribeirão Preto, 15 de outubro de 2019**

Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angeline de Brito Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do bairro ou ASL:	3 - CEP da vítima:	4 - Nome completo da vítima: 064.710.263-31 REINALDO SOUSA SANTOS
--------------------------	--------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REINALDO SOUSA SANTOS	6 - CEP: 064.710.263-31
7 - Profissão: MONTADOR	8 - Endereço: LC RECANTO DA PALMEIRA
11 - Bairro: Zona Rural	12 - Cidade: BRASILEIRA
13 - Estado: PI	14 - CEP: 64-260-000
15 - Email: angeline1235ay@gmail.com	16 - Tel.(DDD): (86) 999 652962

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco Itaú Banco do Brasil Caxias Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0699** CONTA: **00026043** (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(BENEFICIÁRIO) (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Ribeirão Preto, 15 de outubro de 2019**

Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angeline de Brito Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

357 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 177696.000078/2019-30

Unidade de Registro: 6ª DRPC - PIRIPIRI

Resp. pelo Registro: Deusdedit Freitas Filho

Data/Hora: 20/09/2019 - 10:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BRASILEIRA

10/08/2019 - 22:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BRASILEIRA

Endereço

LOCALIDADE CARAÚBAS, N°:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: REINALDO SOUSA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3651204 SSP PI

Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUSA

Pai: EDSON DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA, N°

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BRASILEIRA

Telefone(s): 86-9965-2962

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 160 START

2016 PIZ7746

9C2KC2500GR014617

01186496727

Preta

Condutor: REINALDO SOUSA SANTOS

RG: 3651204 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: BRASILEIRA UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ GOMES DE SOUSA

End: LOCALIDADE RECANTO DA PALMEIRA Número:

Cidade: BRASILEIRA UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA VEIO COMUNICAR QUE NO DIA E HORA, ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO HONDA CG 160 START, COR PRETA, PLACA PIZ-7746, ANO E MODELO DE FABRICAÇÃO 2016, CHASSI 9C2KC2500GR014617, RENAVAM 01186496727, EM NOME DE JOSÉ GOMES DE SOUSA, QUANDO, EM DADO MOMENTO, ATRAVESSOU UM ANIMAL EM SUA FRENTES (PORCO), ONDE A VÍTIMA COLIDIU EM CITADO ANIMAL, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO QUE CONDUZIA, CAIU E EM CONSEQUÊNCIA DA Queda, SOFREU FRATURA NA Perna ESQUERDA E ALGUMAS ESCORIAÇÕES NO ROSTO; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SENHOR EDILSON DE ARAÚJO, CONHECIDO POR RATO, RESIDENTE NA LOCALIDADE MOCAMBINHO, EM BRASILEIRA-PI, O QUAL O LEVOU PARA O HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES, NESTA CIDADE DE PIRIPIRI-PI.

Deusdedit Freitas Filho - Mat.
AGENTE DE POL.

Reinaldo Sousa Santos - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou AS:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	064.710.263-33	REINALDO SOUSA SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
REINALDO SOUSA SANTOS	064.710.263-33		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
MONTADOR	LC RECANTO DA PALMEIRA	SIN	ZONA RURAL
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	BRASILEIRA	PI	64-260-000
15 - Email:	16 - Tel. (DDD): (86) 999 652962		
angeline1235ay@gmail.com			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO/PAIS, CURADOR/TUTOR

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Bradesco [237] Itau [341]

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil [001] Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0699

CONTA: 00026043

0

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO AUTORIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Piranhas, 15 de outubro de 2019

Reinaldo Sousa Santos

Angeline de Britto Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



SEU CÓDIGO

0908514-9

Para cálculo
correto, informe
esse NOME/ONI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Pai - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-0
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ/PI/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	26/09/2019	208	179,36

MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUSA
LC RECANTO DA PALMEIRA 0 - MUNIC. BRASILEIRIA

CPF: 00002187184382

CEP: 64.260-000 - PIRIPIRI

kWh

ROT: 355.020.15.83.047600

DATAS DE LEITURA

Atual:	13329	Atual:	19/09/2019
Anterior:	13121	Anterior:	20/08/2019
Constante da Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	21/10/2019
Consumo Médio:	208	Emissão:	18/09/2019
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	19/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Lotação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX. RENDA	MONO	A1137074	1.4.1.1	164	

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,327030 =	9,81
AGO/19	175	70 A R\$ 0,560586 =	39,24
JUL/19	155	108 A R\$ 0,840865 =	90,81
JUN/19	165	CONTR. ILUMINALAO PUBL. (COSIP)	15,04
MAI/19	143	DIFERENCA DE TARIFA	54,47
ABR/19	195	SUBVENCAO BAIXA RENDA	36,63-
MAR/19	178	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,89
FEV/19	166	MULTA POR ATRASO (2X)	4,27
JAN/19	167	JUROS POR ATRASO (2X)	1,46
DEZ/18	158	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	5,73
NOV/18	168		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,327030
31 A 100 - 0,560586
101 A 200 - 0,840865

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8975-EFFA-54C1-3180.AC1B-334D-4E7A-2HE6

COMPOSTO 8975-EFFA-54C1-3180.AC1B-334D-4E7A-2HE6

Distribuição:	38,22	Base de Cálculo:	194,33	141,86
Energy:	73,86	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,49	Valor do ICMS:		52,46
Encargos:	6,11	Valor do PIS:		1,99
Tributos:	63,65	Valor do COFINS:	1,40%	9,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE 6,49% 9,20

	DIC			PIC		DMIC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal
Limite							
Restrição	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Conjunta	0,00			0,00		0,00	
					Período de apuração:		
						07/2019	33,34

PTRIPTRT



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência																																																							
953797-0	A16FD081900	OUT/2019																																																							
Nome/Razão Social/Endereço ANGELINA DE BRITO SILVA RUA ANTONINO FREIRE, 235 COLIBRI PIRACURUCA 64240000 AG= 163																																																									
Situação Água/Ligado	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pab.	Inscrição																																																						
3/1	1		83 1 04 0513 0166-000																																																						
Período de Consumo			Dias Consumo																																																						
06/09/2019 - 08/10/2019			32																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letra</th> <th>Consumo</th> <th>Qtdm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/19</td><td>180</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>186</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>193</td><td>7</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>199</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>204</td><td>5</td><td>15</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>210</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/19</td><td>217</td><td>7</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>				Mês/Ano	Letra	Consumo	Qtdm	04/19	180	6	0	05/19	186	6	0	06/19	193	7	0	07/19	199	6	0	08/19	204	5	15	09/19	210	6	0	10/19	217	7	0																						
Mês/Ano	Letra	Consumo	Qtdm																																																						
04/19	180	6	0																																																						
05/19	186	6	0																																																						
06/19	193	7	0																																																						
07/19	199	6	0																																																						
08/19	204	5	15																																																						
09/19	210	6	0																																																						
10/19	217	7	0																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Histórico de Consumo</th> <th colspan="3">Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letra</th> <th>Consumo</th> <th>Cod. Responsável</th> <th>Gravado na Fatura</th> <th>Consumo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/19</td><td>180</td><td>6</td><td>901574309</td><td>01</td><td>7</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>186</td><td>6</td><td></td><td></td><td>10</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>193</td><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07/19</td><td>199</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08/19</td><td>204</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09/19</td><td>210</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10/19</td><td>217</td><td>7</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Histórico de Consumo			Forma de Faturamento			Mês/Ano	Letra	Consumo	Cod. Responsável	Gravado na Fatura	Consumo	04/19	180	6	901574309	01	7	05/19	186	6			10	06/19	193	7				07/19	199	6				08/19	204	5				09/19	210	6				10/19	217	7			
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento																																																						
Mês/Ano	Letra	Consumo	Cod. Responsável	Gravado na Fatura	Consumo																																																				
04/19	180	6	901574309	01	7																																																				
05/19	186	6			10																																																				
06/19	193	7																																																							
07/19	199	6																																																							
08/19	204	5																																																							
09/19	210	6																																																							
10/19	217	7																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA</td><td></td><td>31,37</td></tr> <tr><td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td><td></td><td>1,60</td></tr> </tbody> </table>				Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	AGUA		31,37	MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60																																													
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																																							
AGUA		31,37																																																							
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60																																																							

DESCRIÇÃO DA FATURA		
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
AGUA		31,37
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

VENCIMENTO 15/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,97

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914 / 2013-MB							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Chumbo	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	10	1,0	8,0 a 9,0	0,3	Acima	Acima
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,65	1,30	0,91	6,18	0,00	0,00	
Conclusão	FICAREM A QUALIDADE DA ÁGUA, LIGUE OS RESERVATÓRIOS GERALMENTE.						
Mensagens							

A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

Matrícula	Inscrição	AG= 163
953797-0	83 1 04 0513 0166-000	
Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pab.	Referência
		OUT/2019

VENCIMENTO 15/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,97
 826300000000-5 32970001820-6 95379701020-4 19000000001-7





SEU CÓDIGO

0908514-9

Para cálculo
correto, informe
esse NOME/ONI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Pai - Teresina - PI
CNPJ: 08.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-0
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ/PI/98

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	26/09/2019	208	179,36

MARIA DE LOURDES DA SILVA SOUSA
LC RECANTO DA PALMEIRA 0 - MUNIC. BRASILEIRIA

CPF: 00002187184382

CEP: 64.260-000 - PIRIPIRI

kwh

ROT: 355.020.15.83.047600

DATAS DE LEITURA

Atual:	13329	Atual:	19/09/2019
Anterior:	13121	Anterior:	20/08/2019
Constante da Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	21/10/2019
Consumo Médio:	208	Emissão:	18/09/2019
Consumo Faturado:	208	Apresentação:	19/09/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Lotação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX. RENDA	MONO	A1137074	1.4.1.1	164	

HISTÓRICO kwh

Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,327030 =	9,81
AGO/19	175	70 A R\$ 0,560586 =	39,24
JUL/19	155	108 A R\$ 0,840865 =	90,81
JUN/19	165	CONTR. ILUMINALAO PUB. (COSIP)	15,04
MAI/19	143	DIFERENCA DE TARIFA	54,47
ABR/19	195	SUBVENCAO BAIXA RENDA	36,63-
MAR/19	178	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	0,89
FEV/19	166	MULTA POR ATRASO (2X)	4,27
JAN/19	167	JUROS POR ATRASO (2X)	1,46
DEZ/18	158	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	5,73
NOV/18	168		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,327030
31 A 100 - 0,560586
101 A 200 - 0,840865

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8975-EFFA-54C1-3180.AC1B-334D-4E7A-2HE6

COMPOSTO 8975-EFFA-54C1-3180.AC1B-334D-4E7A-2HE6

Distribuição:	38,22	Base de Cálculo:	194,33	141,86
Energy:	73,86	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	12,49	Valor do ICMS:		52,46
Encargos:	6,11	Valor do PIS:		1,99
Tributos:	63,65	Valor do COFINS:	1,40%	9,20

INDICADORES DE CONTINUIDADE 6,49% 9,20

	DIC			PIC		DMIC	DICB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal
Limite							
Restrição	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54
Conjunta	0,00			0,00		0,00	
					Período de apuração:		
						07/2019	33,34

PTRIPTRT



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência																																	
953797-0	A16FD081900	OUT/2019																																	
Nome/Razão Social/Endereço ANGELINA DE BRITO SILVA RUA ANTONINO FREIRE, 235 COLIBRI PIRACURUCA 64240000 AG= 163																																			
Situação Água/Ligado	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pab.	Inscrição																																
3/1	1		83 1 04 0513 0166-000																																
Período de Consumo			Dias Consumo																																
06/09/2019 08/10/2019			32																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Litros</th> <th>Consumo</th> <th>Qtdm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/19</td><td>180</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>186</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>193</td><td>7</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>199</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>204</td><td>5</td><td>15</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>210</td><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/19</td><td>217</td><td>7</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>				Mês/Ano	Litros	Consumo	Qtdm	04/19	180	6	0	05/19	186	6	0	06/19	193	7	0	07/19	199	6	0	08/19	204	5	15	09/19	210	6	0	10/19	217	7	0
Mês/Ano	Litros	Consumo	Qtdm																																
04/19	180	6	0																																
05/19	186	6	0																																
06/19	193	7	0																																
07/19	199	6	0																																
08/19	204	5	15																																
09/19	210	6	0																																
10/19	217	7	0																																
Forma de Faturamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO Cod. Responsável: 901574309 Gravado na Fatura: 01 Lembrete Médio: Com. Rio Água Com. Rio Esgoto Consumo: 7 Consumo Faturado: 10																																			

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
AGUA		31,37
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

VENCIMENTO 15/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,97

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUROS. MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914 / 2013-MB							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Chlorofila-a	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	≤6	10	1,0	6,0 a 9,0	0,3	Acima	Acima
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,65	1,30	0,91	6,18	0,00	0,00	
Conclusão	FICAREM A QUALIDADE DA ÁGUA, LIVRE DE RESERVATÓRIOS GENEALGÉTICOS.						
Mensagens							

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

Matrícula	Inscrição	AG= 163
953797-0	83 1 04 0513 0166-000	
Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pab.	Referência
1		OUT/2019

VENCIMENTO 15/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,97
826300000000-5 32970001820-6 95379701020-4 19000000001-7





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Angelina de Brito Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.761.783 / 78, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reinaldo Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reinaldo Souza Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada 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 Antonino Freire</u>	Número:	<u>235</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Colibri</u>	Cidade:	<u>Priaturca</u>	Estado:	<u>RS</u>
E-mail:	<u>angeline1235.ago@gmail.com</u>			CEP:	<u>64.240-000</u>

Local e Data: Priaturca, 15 de outubro de 2019

Angelina de Brito Silva

Assinatura do Declarante



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Angelina de Brito Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.761.783 / 78, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reinaldo Souza Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reinaldo Souza Santos,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.710.263 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogada 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 Antonino Freire</u>	Número:	<u>235</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Colibri</u>	Cidade:	<u>Priaturca</u>	Estado:	<u>RS</u>
E-mail:	<u>angeline1235.ago@gmail.com</u>			CEP:	<u>64.240-000</u>

Local e Data: Priaturca, 15 de outubro de 2019

Angelina de Brito Silva

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOSÉ GOMES DE SOUSA**, RG n° MG- 20.735.847, data de expedição 18/03/2014. Órgão SSP/MG, portador do CPF n° 007.595.403-65, com domicílio na LC. Recanto da Palmeira, S/N, Zona Rural, Município de Brasileira-PI, onde resido, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima REINALDO SOUSA SANTOS, cujo o condutor era REINALDO SOUSA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA MARCA HONDA

Modelo: HONDA/CG 160 START

Ano: 2016 - FABRICAÇÃO 2016

Placa: PIZ 7746

Renavam: 01186496727

Chassi: 9C2KC2500GRO14617

Data do Acidente: 10/08/2019

Local e Data: Brasileira- PI, 19 de setembro de 2019.

José gomes de Sousa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO / JÓNATAS MELO Avenida Ademar Ribeiro, 71 – Centro – Piripiri / PI – Cep 64260-000
Tabelionato de Notas de Piripiri-PI – Tabelião Pátria – Tel.: (86) 378-4027 – Fax: (86) 378-4057 – Email: cartorio1pi@outlook.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE GOMES DE SOUSA. DOU FIM. EM TEST. *José gomes de Sousa* VERDADE. PIRIPIRI-PI, 23/09/2019.
Fone: AAI96928-NET2 www.tjpi.jus.br/portalextra.

VALDEA MARIA GOMES DE ARAUJO-ESCREVENTE AUTORIZADA
Data: 1:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selic:0,26 Total:4,98 - OP:38
Data: 19/09/2019



FEPISERH



SUS Sistema
Único de
Saúde

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME:

Marcos ap. Ronald Sou
Santos estou utilizando
dias 10/8/19 e meus
fó de mao só conto
e (meio) dia de
apertar a mão
aliviar dor

SB22

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 44227 / SBUS 05785/16 / ROE 2008

Data: 16/8/19

Médico (assinatura e carimbo)



Receituário Controle Especial



FEPISERH
Federação Estadual de Profissionais
de Farmácia e do Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE

Departamento de Administração Financeira/Hospitalar

Hospital Regional Chagas Rodrigues

CNPJ: 06.553.564/0004-80

Fone: (86) 3276-1325

Piripiri - Piauí

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - PACIENTE

Data: 16/08/19

Paciente:

Munalo Sou Santos

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

① Cloralexure 500mg
1 cop. di 6/6 + 10 dias 1 g

② Flavimox 500 mg
1 cop. di 1/12

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBPS ASSOCIADO MEDICO
Assinatura é Caminhada no Rio 2005

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico
DATA: _____ / _____ / _____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	2777746
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
REINALDO SOUSA SANTOS	41921
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
705005279526256	08/05/1994
9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO	()
RECANTO DA PALMEIRA, 0 - ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
BRASILEIRA	2201960
	15 - UF
	16 - CEP
	PI 64265-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frau de M. O

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O que deu

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

muco + CT + ds

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

5829

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.801-50500

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Vitória de Mauro Lima Verde

() CNS (x) CPF

DR. FELIPE VERNER PAIXÃO
ORTOPEDISTA E CARIMBO JUNTO DO CRM
CIRURGIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 1671 REGISTRO 2018

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Filipe v. Paixão

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

ULTRAMAR CRM-PB 412

37 - N° DC BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 34 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO
- 35 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

MAURO RUBENS LIMA VERDE

M230350101

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS CPF

20928319334

47 - DATA DA

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

Atendimento	1020175
Data	10/08/2019
Hora	8:20

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

N
GIZE

BOLETIM DE ADMISSÃO

41921 - REINALDO SOUSA SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 08/05/1994 - 25 A,3 M,2 D

Clinica: CLINICA CIRURGICA Enfermaria: O1- IPE

Leito: T0304 Naturalidade: PI

Escolaridade:

Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF:

RG: 3651204

C/N:

CNS: 705005279528256

Endereço: RECANTO DA PALMEIRA, N° 0 - CEP: 64265-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201960- BRASILEIRA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: EDSON DOS SANTOS

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - () - - O MESMO

Diagnostico inicial: . - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Fract diafr. oft.h

Resultado



Curado



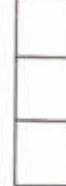
Removido



-48 Horas



Melhorado



Pedido



+48 Horas



Inalterado



Evasão



Piorado



Indisciplina

Transferido _____

História Clínica

fract diafr. oft.h

Diagnóstico Provável

fract diafr. oft.h

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRG 4427 | CRM PI 05735/16 | RQE 2095

PROFISSIONAL
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULoesquelética



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS R.
PIRIPIRI-PIAUI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
PIRIPIRI-PIAUÍ

Folha de Prescrição

MARCH 1926



FEPISERH

FEPISERH
Federación Ecuatoriana
de Periodistas

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Leito: T0304

Evolução

10/08/2019

17:10:46

Tº DIH PARA TTO CIRURGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASCO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSVV ESTAVEIS

Enfermeiro(a)

Assinatura

Data impresso: 10/08/2019

Page 1

Vantuilá Renanee Lima
COREN PI-254.810

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00
Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS
Clínica: CLINICA CIRURGICA
Leito: T0304

Evolução

10/08/2019

17:10:46	1º DI/H PARA TTO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA MEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS SSWV ESTÁVEIS.
----------	---

Enfermeiro(a)

Assinatura


Fernanda Costa
Enfermeira
P.C. 352.010
001571

卷之三

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1, March 2006
DOI 10.1215/S036168780525001X © 2006 by the Southern Political Science Association

ENFERMARIAS 01 IMP

WUENGERL

ADMISSÃO: 10/08/2010

DIAS INTERNADO: 1

PREScrição MÉDICA

11/08/2010 08:51:43

Evolução Média

08:55-09
PROCLAMATION ESTABLISHING INTERCORPORATE ACCORDANCE

DOIS JORNALISTAS DA COMPAIXÃO MILITAR AGUARDAM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DATA WINE

ACESSO SORGLIZADO		1,00	
CETOPIROEENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	\ 06/06H \ DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
DIPRIMA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H DILUIR EM 100 ML SF 0,9%

DR. ERNST VON EPPENBERG
Gesellschaft für
Wissenschaft und
Technik
Gesellschaft für
Wissenschaft und
Technik

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Léito: T0304

Evolução

11/08/2019

10:56:10

2º DI/H PARA TTO CIRURGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSVV ESTÁVEIS.

Enfermeiro(a)

Assinatura

Vanilia Fernandes Costa
Enfermeira
COPEN - PI 352410

Data impresso: 11/08/2019

Page 1



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIPIPI/PI
CNPJ: 05553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



PACIENTE: 10202175-REINALDO SOUSA SANTOS
ENFERMARIA: O1-IPE

IDADE: 25 Anos
LEITO: T0304
ADMISSÃO: 10/08/2019

SUS

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/08/2019 - 09:49:20

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO

CETOPROFENO 100MG FRASCO

DIPIRONA 1G AMP

TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML

SSVV + CCGG 6/6H

1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	<i>12g</i>	<i>06/07</i>
1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H		<i>12g</i>	<i>06/07</i>
1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	<i>12g</i>	<i>06/08</i>
					<i>12g</i>	<i>06/08</i>

O. Corrêa
André Rodrigues O. Corrêa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 14850
TEC 15142

18/08/2019

06/08/2019

12/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da Internação: 10/08/2019 - 08:20:00

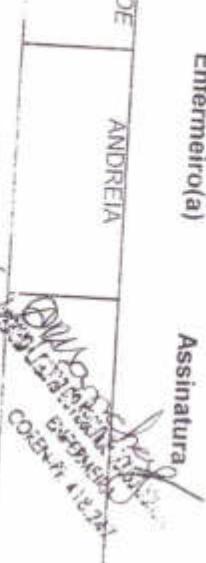
Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Leito: T0304

Evolução

12/08/2019

12:06:13	PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, EM JEJUM, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC), AGUARDANDO CIRURGIA,	Enfermeiro(a) ANDREIA	Assinatura 
----------	--	--------------------------	---

01/03/2019
CEMPF 160.65.3.3(0.0)0.0.0.480
11111244 (86) 3276-3362

PACIENTE: JOAQUIM REINALDO SÓUSA SANTOS
LNU IRMÁRIA, O1, IPB

LEITO:T0104

IDADE: 25 Anos
ADMISSION: 10/08/2019

SUS
DIAS INTERNADOS: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13/08/2019 - 07:45:39

DIETA LIVRE

ACISSO SOLUZADO

CETOPROFENO 100MG FRASCO

DIFERONA 1G AMP

TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML

SSV + CCGG 6/6H

ACISSO SOLUZADO	1,00	OK		
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA ENDOVEREJOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF
DIFERONA 1G AMP	1,00	UN ENDOVEREJOSA (EV)	06/06H	0,9%
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	(SN)	1,00 AMP ENDOVEREJOZA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF
SSV + CCGG 6/6H	18	OK	0,9%	

18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12

Dr. Renato Jorge Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedista Traumatologista

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M Idade: 25 A,3 M,2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0104

Evolução

13/08/2019

09-02-15	PCT/INTERNAO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, ACEITA DIETA OFERTADA VO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC). SEGURO AGUARDANDO CIRURGIA.	ANDREIA
----------	---	---------

Enfermeiro(a)

Assinatura

A/ D.R. PAGNONCELLI, 400 CLNICO
64200-000 - RIO DE JANEIRO/RJ
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (21) 3276 3362

DATA: 14/08/2019 07:38:55
Pág: 1/1

PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-IPF

LEITO: 10303

ADMISSION: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 4

25 A 3 M 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14/08/2019 - 07:38:33

S822 - FRACTURA DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

07/08/27
PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SORORIZADO	1,00	OM	
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA	(INDOMÉNOSEA (EV)
DIPIRONA 1G AMP	1,00	UN	(INDOMÉNOSE (EV)
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	(INDOMÉNOSE (EV)
SSW + CGG 5/6H			08/08H DILUIR EM 100 ML SF 0,9%

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 / SBUS 05785/16 | RQE 2005

PROFISSIONAL

Data: 14/08/10 Hora: 09:30

Cirurgia Proposta: ET da diafise - Médico Responsável: Dr. Felipe Vazquez

PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: Reinaldo Souza Santos Idade: 25

HISTÓRICO

1 - Patologias associadas: Diabetes Hipertensão Arterial AVC

2 - Medicamentos em uso: Não Sim/Quais:

3 - Hábitos: Tabagismo Utilismo (Uso de drogas: _____)

4 - Prótese: Dentárias Ocular Auditiva Motora: _____

5 - Cirurgias Anteriores: Não Sim/Quais: _____

6 - Alergias: Não Sim/Quais: _____

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

1 - Nível de Consciência: Acordado Tranquilo Ansioso Agressivo Agitado

2 - Estado Emocional: Desorientado Diminuida

AVALIAÇÃO FÍSICA

1 - Locomoção: Ambulando Cadeira de Rodas Muletas

2 - Acuidade Visual: Preservada Diminuida

3 - Acuidade Auditiva: Preservada Diminuida

4 - Fala/Linguagem: Normal Lento Balbuciada Afasia

5 - Pele e Mucosas: Integra Lesões Realizou Tricotomia

6 - Alimentação: Dieta Zero Não (Sim/horas: desde ontem ao 20h)

7 - Função Vesical: Espontânea SVD

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Evolução de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem
<p><u>Preoperatório:</u> feito pré-operatório de exame de ET da diafise da tibia, paciente consciente, orientada, respiração regular, pressão arterial normal, Hb, glicemia, Drs, urina, clareza medicamento oral, venas opal rica no momento (sic).</p>	<p>1.1 <input checked="" type="checkbox"/> Provar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.</p>
<p><u>Operatório:</u> realizada cirurgia de extirpação da diafise da tibia, paciente consciente, orientada, respiração regular, pressão arterial normal, Hb, glicemia, Drs, urina, clareza medicamento oral, venas opal rica no momento (sic).</p>	<p>1.2 <input checked="" type="checkbox"/> Realizar procedimentos invasivos com técnica aséptica.</p>
<p><u>Posoperatorio:</u> paciente desorientado, paciente com jejun prolongado</p>	<p>2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Recepionar o paciente de forma agradável.</p>
<p><u>Pronto para alta:</u> paciente desorientado, paciente com jejun prolongado</p>	<p>2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Explicar os procedimentos antes de realizar.</p>
<p><u>Pronto para alta:</u> paciente desorientado, paciente com jejun prolongado</p>	<p>3.1 <input checked="" type="checkbox"/> Iniciar jejum 8 horas antes da cirurgia.</p>
<p><u>Pronto para alta:</u> paciente desorientado, paciente com jejun prolongado</p>	<p>3.2 <input checked="" type="checkbox"/> Realizar glicemia capilar em caso de sinais de hipoglicemia.</p>

Reinaldo Souza Santos

COHEN PI 418247

Fone/Fax: (86) 3276-1325 / 3276-3362 • E-mail: hcpiripiri@hotmail.com

Evolução de Enfermagem

Page 1 of 1
Data impresso: 14/08/2019

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLÍNICA CIRÚRGICA Leito: T0303

Evolução

14/08/2019

11152-40	PCT/INTERNAÇÃO NA CO COM DIAGNÓSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, RÉSP SEM AUX DE 02, EM JEJUM, JA REALIZADO PRE-OPERATORIO, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDRÉIA	 Enfermeiro(a) Assinatura
----------	--	---------	--

14/08/2019 cirurgia cancelada
pelo ortopedista devido pro-
blemas no material cirúrgico.


Andréia
Enfermeira Interna
Linha de Emergência 118.211.18.211
Linha de Emergência 118.211.18.211

PROFISSIONAL
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA MUSCULOSQUELETICA
ULTRASSONOGRAFIA 05785161 RQE 2005
CRM PI 4421 SBSIS
11110006 48612755 3362

PACIENTE: 1020175 REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01 - PE

LEITO: 10303

ADMISSÃO: 11/08/2019

DIAS INTERNADO: 5

25 A, 3 M, 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/08/2019 - 07:58:03

5822 - FRACTURA DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

PACIENTE ESTÁVEL, SEM INFECÇÕES CLÍNICAS, AFEVIL, GLASSOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES OXI SÍNOMINA COVARTIMENTAL. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA ZERO:

ACESSO SOROLIZADO	1,00						
CETOPIROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA.	ENDOVENOSA (EV)	06/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	400	00	06 12
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/08H		400	00	06 12
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	SN	10	06 12
SSAV + CGCG 6/6H							

00 00 00 00 00 00 00 00

16/08/2019 16/08/2019

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA MUSCULOSQUELETICA
ULTRASSONOGRAFIA 05785161 RQE 2005
CRM PI 4421 SBSIS

PROFISSIONAL



Hospital Regional Chagas Rodrigues

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

PÓS OPERATÓRIO:		PÓS PRE-OPERATÓRIO
AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Data: 15/8/14 Hora: 13:45	
1 - Nível de Consciência: () Desacordado () Orientado () Desorientado	Prescrição de Enfermagem	
2 - Estado Emocional: () Tranquilo () Agressivo () Agitado	1.1 () Recarregar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.	
AVALIAÇÃO FÍSICA	1.2 () Realizar procedimentos invasivos com técnica asséptica.	
1 - Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída	2 - () Risco para função respiratória alterada.	
2 - Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída	2.1 () Monitorar padrão e sinais de desconforto respiratório.	
3 - Fala/Linguagem: () Normal () Lento () Balbuciada () Afasia	2.2 () Administrar oxigênio S/N	
4 - Função Cardíaca: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	3 - () Dor aguda evidenciada por relato verbal e fáceis de dor.	
5 - Função Respiratória: () Oxigenoterapia () Tosse	3.1 () Administrar analgésico conforme prescrição médica.	
Ritmo: () Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Apnéico	3.2 () Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.	
6 - Abdome: () Pleno () Distendido () Doloroso a palpação	4 - () Risco para aspiração	
7 - Pele e Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Cianótico	4.1 () Observar Náuseas e Vômitos.	
Punção venosa: () Não funcionante () Funcionante em: NSÉ	4.2 () Posicionar pacientes em decúbito lateral em caso de vômito.	
8 - Ferida Operatória: () Integra () Presença de sangramento intenso	5.1 () Monitorar temperatura corporal.	
() Presença de dor em sítio cirúrgico () Presença de Dreno	5.2 () Fornecer ambiente confortável.	
9 - Alimentação: () Dieta zero () SNG () Gastrostomia	Evolução de Enfermagem	
10 - Função Vesical: () Espontânea () SVD	PA: 120 x 74 mmHg Tax: 7 °C FC: 78 bpm SARTOR: 100% FR: 16 ipm	
11 - Alergias: () Não () Sim/Quais:	PA: PA - Paciente sem queixas no CC, realizando sua oxigenação arterial de maneira boa clinica. E. FC: Taxa de respiração lenta, SSVU 12 respirações/min. FR: FR: 10 l - 1 minuto	
12 - Intercorrelências: () Nauseas () Vômitos () Dor intensa	Sinais Vitais HORA: 17:40	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1
Data impresso: 15/08/2019

I020175 - REINALDO SOUSA SANTOS
Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00
Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS
Clínica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303
Evolução

Sexo M

Idade: 25 A, 3 M, 2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS
Clinica: CLINICA CIRURGICA **Leito:** T0303

Enfermeiro(a) Assinatura

15/06/2019
11:59:04 PCT/INTERNADO NA CO. COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM ALERGIAS DE O2, EM JEJUM, TEMPERATURA FEBRIL, SEGUO NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).

15/08/2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Sexo: M

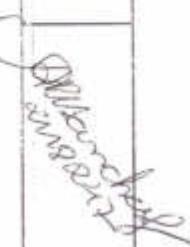
Idade: 25 A.3 M.2 D

Evolução

16/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

12:12:06	PCT INTERNADO NACO COM DIAGNOSTICO DE FRACTURA DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, CIRURGIADO NO DIA ANTERIOR, MANIFESTOU EPISODIO DE FEBRE, NEGA COMORBIDADES E NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS(SIC)	ANDREIA	
----------	--	---------	---



**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

RELATÓRIO DE ANESTESIA

None

Reindeer from Arctic

DATA

15/02/19

ENFERMARIA

Clinica

Indice

25

12

Gas Benzene

Volume 57(3)

卷二

55 / 100

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

TREO DE CALUBIA

Frothin die fibres

MEDICAMENTOS EM USO

TEMPERATURA | **PRESSÃO ARTE**

FREQ. CARDIA

HTC

ECONOMETRICA

GLICEMIA

卷之三

Tchouny et al.

Environ Biol Fish

500

二四

10 of 10

www.ijerpi.org

ECTOSCÓPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
BOM ESTADO GERAL	HEMODINÂMICA ESTÁVEL	EUPNÉIA	ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LÚCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TAQUICARDIA	TAQUIPNÉIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNEIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PÁLIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUÍDO	DESORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBILOS	ANSIOSO	
DESIDRATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ICTÉRICO	CHOQUE	RONCO / ÉSTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDÍACO R 2 T	TOSSE	ÍSOCORIA	
CIANÓTICO	ARRÍTMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
ACIANÓTICO	EXTRASSÍTOLES	SUDORESE	DÉFICIT MOTOR	

16:20

SIMP	T.C.	F.C.	FR.	P.A.		
P.LA.	40	240		240		
X			220	220		
ANE.		200	40	200		
X	38	180		180		
OP. ●		160		160		
		30				
T.C. ★		140		140		
	37	120		120		
F.C. ●		100	20	100		
FR. ▲			80	80		
SPO. ▲	35	60		60		
		10				
		40		40		
	35					
P.A.		20		20		
X		3				
	34	0	0	0		
ESPONTÂNEA						
ASSISTIDA						
CONTROLADA						
LEGENDA				PA 60, FC		
POA						
POAH						

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO		
A	Bupivacaina 5 mg		Roxanthe oxalate 276, 1/14, ligar slow, máscara 16x09, ato na alavanca	<input checked="" type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> SPO ₂ <input type="checkbox"/> P.I.A. <input checked="" type="checkbox"/> P.N.I. <input type="checkbox"/> CO ₂ <input type="checkbox"/> AGENTES		
B	Urofase 10 mg			INTERCORRÊNCIAS		
C	Cefaclor 0,2 g					
D	Acetaminofeno 10 mg					
E	Butacetato 3 mg					
F	Nitroglicerina 0,1 mg					
G	Terbutalina 50 µg					
H			<input type="checkbox"/> T.O.T. N.º: <input type="checkbox"/> T.N.T. N.º:	<input type="checkbox"/> M. LARINGEA N.º: <input type="checkbox"/> M. FACIAL:		
I			INÍCIO	FIM	DURAÇÃO	
J						
K			SF:	RL:	TOTAL DE LÍQUIDOS:	
L			RS:	SG:	URINA	SANGUE
M			CH:	PL:		
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO	
O						
P			Hernanes B. de S. e S. Júnior MÉDICO CRM-PI 5683			

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ALTA PARA ENFERMARIA

MÉDICO / CARIMEO / ASSINATURA



**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

RELATÓRIO DE CIRÚRGICO

DATA: 15/01	ENFERMARIA / LEITO:	CLÍNICA:
NOME: Renaldo Souza Santos		CID: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO: Fracta disy artific	PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/>	
CIRURGIA: Ortopedia fracta artific	AUXILIAR:	
CIRURGIA: Dr. Felipe	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA:		

TÉCNICA CIRÚRGICA

Paciente em PA no ORT e ORT
Atrop - Sub - rete
Luzes Radial de NC + dura
dortáculos adoráveis
dissecção de frata e fraca c/
frata + rotula
hipofis
fita no nos
utero

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 4427 SBUS 05785/16 RQE 2095

BOLETIM DE GASTOS CIRÚRGICOS

NAME:	Dinalho SOUSA SANTOS		
ENFERMARIA	LEITO	CIRURGIAO	ANESTESISTA
CIRURGIA	DR Felipe DR Henrique		
INÍCIO	17:30	TÉRMINO	17:40 ANESTESIA
			Dagore

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA	X	103	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7			MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12	X	01	FIOS CIRURGICOS			GLUCONATO DE CALCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSIATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3	X	07	MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 mL			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 mL	X	01	MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 mL			VICRYL N° 0					
SERINGA 20 mL			VICRYL N° 1			ANTIBIOTICOS		
SERINGA 50 mL			VICRYL N° 2			AMPICILINA		
SERINGA 60 mL			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFAZOLINA		
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 18			VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			SOROS		
SCALP N° 18			CATGUT CROMADO N°			FISIOLOGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLOGICO 500ML		
SCALP N° 23			SOLOS			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ÁLCOOL 70%			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ÁLCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPi TÓPICO			MANITOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPi DEGERMANTE					
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ÁLCOOL IODADO			PSICOTROPICOS		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			DOMOTODOLASSA		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA	X	10ml	FENTANIL FRASCO		
DRENO DE SUÇÃO N°						FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE TORAX N°			ANESTESICOS			PROPOFOL		
UROFIX SIST. ABERTO			Xylocaína GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. FECHADO			Xylocaína SPRAY			ENFLURANO		
ELETRODOS	X	06	Xylocaína 2% S/V			ISOFLURANO		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA PESADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% S/V			SEVOFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 24	X	01	NEOCAINA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1G		
LUVA ESTÉRIL 6,5			BUPIVACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 7,0						NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,5	X	01	MEDICAMENTOS					
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	01	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	02	ATROFOPINA			ASPIRADOR		
SÔNDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA			AR COMPRIMIDO (H)		
TUBO OROTRAQUEAL			BUSCOPAN			MICROSCOPIO		
CÂNLULA TRAQUEOSTOMIA			CEDILANIDE			RX EM SALA		
SÔNDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIACO		
SÔNDA GASTRICA N°			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CERA ÓSSEA			KCL			CARRO DE ANESTESIA		
SURGICEL			NACl 10%			OXIGÊNIO (H)		
TELA DE PROLENE			NACl 20%					
ATADURA DE CREPOM N°	X	01	DEXAMETAZONA			OUTROS		
COMPRESSA	X	01	DIPRIVONA					
COMPRESSA DE GAZES	X	01	DOBUTAMINA					
ALGODÃO ORTOPÉDICO	X	03	EFORTIL					

DATA
13/08/19

INSTRUMENTADOR
Juvinda

CIRCULANTE
Rmédio, Hélia, Cláudia



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIFIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0265280
Data: 10/08/2019
Funcionario: RENATOF

Registro: 41921

Hora: 03:29:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 9
SUS

REINALDO SOUSA SANTOS

Nasc.: 08/05/1994 Idade: 25 A,3 M,2 D
End.: RECANTO DA PALMEIRA, 0 -
Cor: SEM Telefone: () -

CPF: - RG: 3651204 - SUS: 705005279528256

Civil:

CEP: 6426

Profissão:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BRASILEIRA/PI
Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

Pai: EDSON DOS SANTOS

Clinica: **ENFERMAGEM**

Documento: 1 - HRCR

Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/08/2019 3:29 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO M)
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Paciente veio com dor nas costas
apresenta deformidade da sua perna (E)
Casca de caxinguelé.
Médio e forte dor e inchaço

Diagnóstico provável:

Tórax: AP: NUD SI RA

Solicito: AV: Ortopedia

RX Tórax

RX Pernas (E) Ale Pef

Procedimentos/exames realizados:

Dipirina 400mg + 160ml D5W Anotação de enfermagem

SGO 9% 500ml RV PMV 07/08/2019

Francisco Tiago de Sousa Amaral
Médico / Cirurgia Geral
CRM PI 2242

fran (dar - depende da
mu ()
real diaj. di f, he
col: nite malo



FEPISERH



SUS Sistema
Único de
Saúde

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@sauda.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME:

Marcos ap. Ronald Sou
Santos estou utilizando
dias 10/8/19 e meus
fó de mao só conto
e (meio) dia de
apertar a mão
aliviar dor

SB22

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 44227 / SBUS 05785/16 / ROE 2008

Data: 16/8/19

Médico (assinatura e carimbo)



Receituário Controle Especial



FEPISERH
Federação Estadual de Profissionais
de Farmácia e do Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE

Departamento de Administração Financeira/Hospitalar

Hospital Regional Chagas Rodrigues

CNPJ: 06.553.564/0004-80

Fone: (86) 3276-1325

Piripiri - Piauí

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA - PACIENTE

Data: 16/08/19

Paciente:

Munalo Sou Santos

Endereço:

Prescrição:

Uso oral

① Cloralexure 500mg
1 cop. di 6/6 + 10 dias 1 g

② Flavimox 500 mg
1 cop. di 1/12

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 | SBPS ASSOCIADO MEDICO
Assinatura é Caminhada no Rio 2005

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: ____ / ____ / ____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	2 - CNES 2777746
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES	4 - CNES 2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE REINALDO SOUSA SANTOS	6 - N° DO PRONTUÁRIO 41921
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705005279526256	8 - DATA DE NASCIMENTO 08/05/1994
9 - NOME DA MÃE MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA	10 - SEXO Masculino X Fem 2
11 - ENDEREÇO RECANTO DA PALMEIRA, 0 - ZONA RURAL	12 - TELEFONE DE CONTATO () -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BRASILEIRA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2201960
	15 - UF PI
	16 - CEP 64265-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Frau de M. O

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O que deu a

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

muco + CT + ds

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC
Fistula diafragmática 5829

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.801-50500

CLÍNICA CIRÚRGICA

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Filipe V. Aguiar

() CNS (x) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/08/2019

*DR. FELIPE VERNER AGUIAR
ORTOPEDISTA E CARIMBO JUNTO DO CRM
CRM-PB 1161 REGISTRAÇÃO*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DC BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

ULTRASOM CRM-PB

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

MAURO RUBENS LIMA VERDE

M230350101

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

20928319334

47 - DATA DA

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

Atendimento	1020175
Data	10/08/2019
Hora	8:20

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

N
GIZE

BOLETIM DE ADMISSÃO

41921 - REINALDO SOUSA SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 08/05/1994 - 25 A,3 M,2 D

Clinica: CLINICA CIRURGICA Enfermaria: O1- IPE

Leito: T0304 Naturalidade: PI

Escolaridade:

Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF:

RG: 3651204

C/N:

CNS: 705005279528256

Endereço: RECANTO DA PALMEIRA, N° 0 - CEP: 64265-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201960- BRASILEIRA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: EDSON DOS SANTOS

Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA

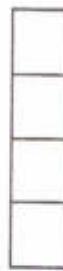
Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - () - - O MESMO

Diagnostico inicial: . - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Fract diafr. oft.h

Resultado



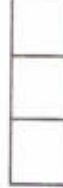
Curado



Removido



-48 Horas



Melhorado



Pedido



+48 Horas



Inalterado



Evasão



Piorado



Indisciplina

Transferido _____

História Clínica

fract diafr. oft.h

Diagnóstico Provável

fract diafr. oft.h

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRG 4427 | CRM PI 05735/16 | RQE 2095

CLÍNICA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULoesquelética
PROFISSIONAL



NOME: Marcelo Souza Soárez

10 - 8

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

LEITO:

REGISTRO:

Amil 300

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

25/09/10 00:00 AM 14gts/12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

31/08/10 00:00 AM 14gts/12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

25/08/10 00:00 AM 14gts/12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

12.00

H. MARCELO SOÁREZ
UNIVERSIDADE FEDERAL PI
CURSO DE ENFERMAGEM
PROFESSOR: LUCIANO
CÂMARA DA MULHERES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Leito: T0304

Evolução

10/08/2019

17:10:46

Tº DIH PARA TTO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASCO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSV ESTAVEIS

Enfermeiro(a)

Assinatura

Data impresso: 10/08/2019

Page 1

Vantuilá Renanee Lima
COREN PI-254.810

I020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00
 Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS
 Clínica: CLINICA CIRURGICA
 Leito: T0304

Evolução**10/08/2019**

17:10:46	1º DI/H PARA TTO CIRÚRGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA MEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS SSWV ESTÁVEIS.	VANTUURLA
----------	--	-----------

Enfermeiro(a)**Assinatura**


Fernanda Costa
Enfermeira
P.C. 352.010
00157

卷之三

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1, March 2006
DOI 10.1215/S036168780525001X © 2006 by The University of Chicago

ENFERMARIA: OI 107

101

ADMISSÃO: 10/08/2010

DIAS INTERNADO: 1

PREScrição MÉDICA

11/08/2010 08:51:43

Evolução Média

08:55:09
INTERCORRENCIAS CLÍNIQUE ÀS ALIMENTAÇÕES

DOCTOR DIPLOMADO EN MEDICINA, COMPAÑIA MÉDICA AL AGUARDIA PROCEDIMIENTO CHIRÚRGICO

DETAILS

ACESSO SORGELIZADO		1,00		
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
DIPRIVIA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%
SSW + CEGG				

DR. E. B. VENNER PERUGGIA
COSTUME DESIGNER
H. H. DONAHUE'S "A FRENCHwoman's Diary"
COLUMBIAN THEATRE, NEW YORK

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Léito: T0304

Evolução

11/08/2019

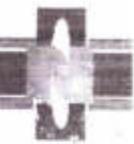
10:56:10

2º DI/H PARA TTO CIRURGICO DE FT DISTAL DE TIBIA E, CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, LOCOMOÇÃO COM CADEIRA DE RODAS OU AJUDA. NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. SSVV ESTÁVEIS.

Enfermeiro(a)

Assinatura

Vanilia Fernandes Costa
Enfermeira
COPEN - PI 352410



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIPIPI/PI
CNPJ: 05553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impresso: 12/08/2019 - 09:49:21

Pág.: 1/

PACIENTE: 10202175-REINALDO SOUSA SANTOS

LEITO: T0304

IDADE: 25 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 2

ENFERMARIA: O1-IPE

PÁG.: 1/

PRESCRIÇÃO MÉDICA

12/08/2019 - 09:49:20

DIETA LIVRE

ACESSO SOROLIZADO

CETOPROFENO 100MG FRASCO

DIPIRONA 1G AMP

TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML

SSVV + CCGG 6/6H

O. Corrêa
André Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 14850
TEOT 15142

18/08/2019

06 AM

12 PM

12 PM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Evolução de Enfermagem

Data da Internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA

Leito: T0304

Evolução

12/08/2019

Sexo: M Idade: 25 A,3 M,2 D

Data impresso 12/08/2019

Page 1

12/06/13

PCT INTERNADO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE

ANDREIA

Enfermeiro(a)

Assinatura

REINALDO SOUSA SANTOS
CLINICA CIRURGICA
T0304

01/03/2019
CEMPF 160.65.3.3(0.0)0.0.0.480
11111244 (86) 3276-3362

PACIENTE: JOAQUIM REINALDO SÓUSA SANTOS
LNU IRMÁRIA, O1, IPB

LEITO:T0104

IDADE: 25 Anos
ADMISSION: 10/08/2019

SUS
DIAS INTERNADOS: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13/08/2019 - 07:45:39

DIETA LIVRE

ACISSO SOLUZADO

CETOPROFENO 100MG FRASCO

DIFERONA 1G AMP

TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML

SSV + CCGG 6/6H

ACISSO SOLUZADO	1,00	OK		
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA ENDOVEREJO (EV)	06/06H	DILUIR EM 100 ML SF
DIFERONA 1G AMP	1,00	UN ENDOVEREJO (EV)	06/06H	0,9%
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	(SN)	1,00 AMP ENDOVEREJO (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF
SSV + CCGG 6/6H	18	OK	0,9%	

18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12
18	OK	12	12	12

Dr. Renato Jorge Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedista Traumatologista

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Sexo: M Idade: 25 A,3 M,2 D

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0104

Evolução

13/08/2019

09-02-15	PCT/INTERNAO NA CO COM DIAGNOSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, ACEITA DIETA OFERTADA VO, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC). SEGURO AGUARDANDO CIRURGIA.	ANDREIA
----------	---	---------

Enfermeiro(a)

Assinatura

A/ D.R. PAGNONCELLI, 400 CLNICO
64200-000 - RIO DE JANEIRO/RJ
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (21) 3276 3362

DATA: 14/08/2019 07:38:55
Pág: 1/1

PACIENTE: 1020175-REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01-IPF

LEITO: 10303

ADMISSION: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 4

25 A 3 M 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

14/08/2019 - 07:38:33

S822 - FRACTURA DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

07/08/27
PACIENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBRIL, GLASGOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES
OU SÍNDROME COMPARTIMENTAL. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA LIVRE

ACESSO SORORIZADO	1,00	OM	
CETOPROFENO 100MG FRASCO	1,00	FRA	(INDOMÉNOSEA (EV)
DIPIRONA 1G AMP	1,00	UN	(INDOMÉNOSE (EV)
TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00	AMP	(INDOMÉNOSE (EV)
SSW + CGG 5/6H			08/08H DILUIR EM 100 ML SF 0,9%

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 4427 / SBUS 05785/16 | RQE 2005

PROFISSIONAL

Data: 14/08/10 Hora: 09:30

Cirurgia Proposta: ET da diafragma - Médico Responsável: Dr. Felipe Vazquez

HISTÓRICO

1 - Patologias associadas: Diabetes Hipertensão Arterial AVC

2 - Medicamentos em uso: Não Sim/Quais:

3 - Hábitos: Tabagismo Uso de drogas:

4 - Prótese: Dentárias Ocular Auditiva Motora:

5 - Cirurgias Anteriores: Não Sim/Quais:

6 - Alergias: Não Sim/Quais:

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

1 - Nível de Consciência: Acordado Tranquilo Ansioso Agressivo Agitado

2 - Estado Emocional: Orientado Desorientado

AVALIAÇÃO FÍSICA

1 - Locomoção: Ambulando Cadeira de Rodas Muletas

2 - Acuidade Visual: Preservada Diminuida

3 - Acuidade Auditiva: Preservada Diminuida

4 - Fala/Linguagem: Normal Lento Balbuciada Afasia

5 - Pele e Mucosas: Integra Lesões Realizou Tricotomia

6 - Alimentação: Dieta Zero Não Sim/horas: desde ontem ao 20h

7 - Função Vesical: Espontânea SVD

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Evolução de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem
<p><u>Preoperatório:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>1.1 <input checked="" type="checkbox"/> Provar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.</p>
<p><u>Operatório:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>1.2 <input checked="" type="checkbox"/> Realizar procedimentos invasivos com técnica aséptica.</p>
<p><u>Posoperatorio:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>2.1 <input checked="" type="checkbox"/> Recepionar o paciente de forma agradável.</p>
<p><u>Reabilitação:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>2.2 <input checked="" type="checkbox"/> Explicar os procedimentos antes de realizar.</p>
<p><u>Terapêutica:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>3.1 <input checked="" type="checkbox"/> Iniciar jejum 8 horas antes da cirurgia.</p>
<p><u>Monitorização:</u> feito peri-operatório de exame de consciente, orientação, memória, compreensão, cálculo, linguagem, AVP, miotônus, reflexos planos, visão, H.A., fala, D.R., muga, olhos à medicação, urina e veias opalinas normais (sic).</p>	<p>3.2 <input checked="" type="checkbox"/> Realizar glicemia capilar em caso de sinais de hipoglicemia.</p>

Alexandre Mendes

CODEN: 16 Pádua Mendes, 300 • CNPJ: 06.553.564/0004-80 • CEP: 64.260-000 • Piripiri - PI

Fone/Fax: (86) 3276-1325 / 3276-3362 • E-mail: hcpiripiri@hotmail.com

COEN-PI 418247

Evolução de Enfermagem

Page 1 of 1
Data impresso: 14/08/2019

1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clinica: CLINICA CIRURGICA Leito: T0303

Evolução

14/08/2019

11152-40	PCT/INTERNAÇÃO NA CO COM DIAGNÓSTICO DE FT DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, RÉSP SEM AUX DE 02, EM JEJUM, JA REALIZADO PRE-OPERATORIO, SEGUE NA EXPECTATIVA DA CIRURGIA, NEGA COMORBIDADES E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS(SIC).	ANDRÉIA	 Enfermeiro(a)
----------	--	---------	--

 Assinatura

14/08/2019 enverga cancelado
pelo ortopedista dividido pro-
blema no material cirúrgico.


Andréia
Enfermeira Interna
Loteria 00047-318-00

PROFISSIONAL
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA MUSCULOSQUELETICA
ULTRASSONOGRAFIA 05785161 RQE 2005
CRM PI 4421 SBSIS
11110006 48612755 3362

PACIENTE: 1020175 REINALDO SOUSA SANTOS

ENFERMARIA: 01 - PE

LEITO: 10303

ADMISSÃO: 11/08/2019

DIAS INTERNADO: 5

25 A, 3 M, 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/08/2019 - 07:58:03

5822 - FRACTURA DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

PACIENTE ESTÁVEL SEM INFECÇÕES CLÍNICAS, AFEVIL, GLASSOW "15", FRANKEL "E", SEM SINAIS DE INFECÇÕES
OU SÍMPTOMAS COMPARTIMENTAL. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIETA ZERO:

ACESSO SOROLIZADO	1,00						
CETOPIROFENO 100MG FRASCO	1,00 FRA.	ENDOVENOSA (EV)	06/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	400	00	06 12
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/08H		400	00	06 12
TRAMADOL CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9%	SN	10	00
SSAV + CGCG 6/6H							

00 00 00 00
00 00 00 00
00 00 00 00
00 00 00 00

16+ 00 00 00

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA MUSCULOSQUELETICA
ULTRASSONOGRAFIA 05785161 RQE 2005
CRM PI 4421 SBSIS

PROFISSIONAL

Hospital Regional Chagas Rodrigues



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

PÓS PRE-OPERATÓRIO

Data: 15/3/14 Hora: 14:00

PÓS OPERATÓRIO: () imediato () Mediado

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

1 - Nível de Consciência: () Desacordado () Orientado

() Desorientado

2 - Estado Emocional: () Tranquilo () Agressivo () Agitado

AVALIAÇÃO FÍSICA

1 - Acuidade Visual: () Preservada () Diminuída

2 - Acuidade Auditiva: () Preservada () Diminuída

3 - Fala/Linguagem: () Normal () Lento () Balbuciada () Afasia

4 - Função Cardíaca: () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

5 - Função Respiratória: () Oxigenoterapia () Tosse

Ritmo: () Pleno () Dispnéico () Taquipnéico () Apnéico

6 - Abdome: () Distendido () Doloroso a palpação

7 - Pele e Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Cianótico

Punção venosa: () Não funcionante () Edacionante em: NSÉ

8 - Ferida Operatória: () Integra () Presença de sangramento intenso

() Presença de dor em sítio cirúrgico () Presença de Dreno

9 - Alimentação: () Dieta zero () SNG () Gastrostomia

10 - Função Vesical: () Espontânea () SVD

11 - Alergias: () Não () Sim/Quais:

12 - Intercorrências: () Nauseas () Vômitos () Dor intensa

Sinais Vitais HORA: 17:40

PA: 112 x 74 mmHg Tax: — °C
FC: 78 bpm SARTORI: 100% FR: — ipm

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

PÓS OPERATÓRIO

Data: 15/3/14 Hora: 14:00

Diagnóstico de Enfermagem

1 - () Risco para infecção relacionado a procedimento invasivo, defesa primária inadequada pelo ato cirúrgico.

2 - () Risco para função respiratória alterada.

Prescrição de Enfermagem

1.1 () Usar luvas, lavar as mãos antes de prestar cuidados ao paciente.

1.2 () Realizar procedimentos invasivos com técnica asséptica.

2.1 () Monitorar padrão e sinais de desconforto respiratório.

2.2 () Administrar oxigênio S/N

3 - () Dor aguda evidenciada por relato verbal e fáceis de dor.

4 - () Risco para aspiração

4.1 () Observar Náuseas e Vômitos.

4.2 () Posicionar pacientes em decúbito lateral em caso de vômito.

5 - () Risco para hipotermia

5.1 () Monitorar temperatura corporal.

5.2 () Fornecer ambiente confortável.

Evolução de Enfermagem

PA - Paciente submetido no CC, taxa de pulsação aguda sistêmica de natureza alta tensão. Tensão arterial sistólica, 170 mmHg. Taxa de pulsação, 78 bpm. SARTORI: 100%. FR: — ipm.



HÜSETÄT RÖÖTMI LÄHETAB KUNSTIKAUAGA
av Dr. Jüri ja M. H. L. 400 € (HKL)
160 000,00 eurot (P)

卷之三

153

PACIENTE: 0202175-REINALDO SOUSA SANTOS
TELEFONE: (86) 3276-3362

LINEAR MARIA: O1 IPE

LETO:10303

ADMISSÃO: 10/08/2019

DIAS INTERNADO: 6

25 A, 3 M, 2 D

PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/08/2019 - 06:22:32 5822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Evolução Médica

05-22-28
PACIENTE FEMINIL SEM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, AFEBRIL, GLASSOW "15", HANKEL "E", FERIDA OPERATÓRIA SEM

SINAIS FLOGÍSTICOS, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL

100

DIA/LÍNEA				
ACESSO SORONIZADO	1,00			
CEFALOTINA 1G INJ.		1,00 TRAM. ENDOVENOSA (EV)	06/06H	J9 CO CE Ma
CETOPRÓFENO 100MG FRASCO		1,00 FRA. ENDOVENOSA (EV)	06/06H	J8 CC CE Je
DIPIRONA 1G AMP		1,00 UN. ENDOVENOSA (EV)	06/06H	J8 CC CE Je
TRAMADOL. CLORIDRATO 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H DIUR EM 100ML SF 0,9%	(5N)

S&W + CCCC 6/611

12

Ab ISR alte Repro

Mr. Wm. H. Allen

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA
CRM PI 44271 SBBST 05785/16 | RQE 20945

PROFESSIONAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1
Data impresso: 16/08/2019**1020175 - REINALDO SOUSA SANTOS**

Data da internação: 10/08/2019 - 08:20:00

Responsável: REINALDO SOUSA SANTOS

Clínica: CLINICA CIRURGICA

Leito: T0303

Sexo: M

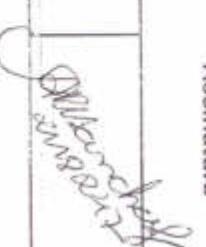
Idade: 25 A.3 M.2 D

Evolução

16/08/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

12:12:06	PCT INTERNADO NACO COM DIAGNOSTICO DE FRACTURA DISTAL DE TIBIA E CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESP SEM AUX DE O2, CIRURGIADO NO DIA ANTERIOR, MANIFESTOU EPISODIO DE FEBRE, NEGA COMORBIDADES E NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS(SIC)	ANDREIA	
----------	--	---------	---

16:00

SIMP	T.C.	F.C.	FR.	P.A.		
P.LA.	40	240		240		
X			220	220		
ANE.		200	40	200		
X	38	180		180		
OP. ●		160		160		
		30				
T.C. ★		140		140		
	37	120		120		
F.C. ●		100	20	100		
FR. ▲			80	80		
SPO. ▲	35	60		60		
		10				
		40		40		
	35					
P.A.		20		20		
X		3				
	34	0	0	0		
ESPONTÂNEA						
ASSISTIDA						
CONTROLADA						
LEGENDA				PA 60, FC		
POA						
POAH						

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA	MONITORIZAÇÃO		
A	Bupivacaina 5 mg		Roxanthe oxalate 276, 1/14, ligar slow, máscara 16x09, ato na alavanca	<input checked="" type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> SPO ₂ <input type="checkbox"/> P.I.A. <input checked="" type="checkbox"/> P.N.I. <input type="checkbox"/> CO ₂ <input type="checkbox"/> AGENTES		
B	Urofase 10 mg			INTERCORRÊNCIAS		
C	Cefaclor 0,2 g					
D	Acetaminofeno 10 mg					
E	Butacetato 3 mg					
F	Metoclopramida 0,1 mg					
G	Terbutalina 50 µg					
H			<input type="checkbox"/> T.O.T. N.º: <input type="checkbox"/> T.N.T. N.º:	<input type="checkbox"/> M. LARINGEA N.º: <input type="checkbox"/> M. FACIAL:		
I			INÍCIO	FIM	DURAÇÃO	
J						
K			SF:	RL:	TOTAL DE LÍQUIDOS:	
L			RS:	SG:	URINA	SANGUE
M			CH:	PL:		
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO	
O						
P			Hernanes B. de S. e S. Júnior MÉDICO CRM-PI 5683			

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

ALTA PARA ENFERMARIA

MÉDICO / CARIMEO / ASSINATURA



**ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

RELATÓRIO DE CIRÚRGICO

DATA:	ENFERMARIA / LEITO:	CLÍNICA:
--------------	----------------------------	-----------------

NOME: *Ronaldo Souza Santos*

DIAGNÓSTICO: *Fracta disy artific* **CID:**

CIRURGIA: *Osteomiel fracta disy artific* **PROCEDIMENTO:**

CIRURGIA: *R. F. L. V.* **AUXILIAR:**

ANESTESISTA: **INSTRUMENTADOR:**

TÉCNICA CIRÚRGICA

*Pacient em PAH 300g sem alterações
Anep + subtraque
laringe radiol de PR + dura
dor tudos adolorer
dislocaç de fract e prax c/
mão + rotula
hipoex
fute no plos
utrad*

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA
DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHIRURGIA DO TRAUMA
ULTRASSONOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA
CRM PI 4427 | SBUS 05785/16 | RQE 2095

BOLETIM DE GASTOS CIRÚRGICOS

Domingo, 10 de setembro			
NOME ENFERMÁRIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Djalma SOUSA SANTOS		DR Felipe	DR Hanauer
CIRURGIA			
Fratura na tibia			
INÍCIO 17:30	TERMINO 17:40	ANESTESIA laevi	

DATA 15/08/19

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

Pinedas, Hélio, Cláudia



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIFIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0265280
Data: 10/08/2019
Funcionario: RENATOF

Registro: 41921

Hora: 03:29:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 9

REINALDO SOUSA SANTOS

Nasc.: 08/05/1994 Idade: 25 A,3 M,2 D
End.: RECANTO DA PALMEIRA, 0 -
Cor: SEM Telefone: () -

CPF: - RG: 3651204 - SUS: 705005279528256

Civil:

CEP: 6426

Profissão:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BRASILEIRA/PI
Mãe: MARIA DE LOUDES DA SILVA SOUSA Pai: EDSON DOS SANTOS

Clinica: **ENFERMAGEM**

Documento: 1 - HRCR

Responsavel: REINALDO SOUSA SANTOS - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/08/2019 3:29 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO M)
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Paciente veio com dor nas costas
apresenta deformidade da sua perna (E)
Casca de cipó.
Médico e fisioterapeuta e endolor

Diagnóstico provável:

Tórax: AP: NUD SI RA

Solicito: AV: Ortopedia

RX Tórax

RX Perna (E) Ale Pef

Procedimentos/exames realizados:

Dipirina 400mg + 160ml D5W Anotação de enfermagem

SGO9% 500ml RV PMV 07/08/2019

Francisco Tiago de Sousa Amaral
Médico / Cirurgia Geral
CRM PI 2242

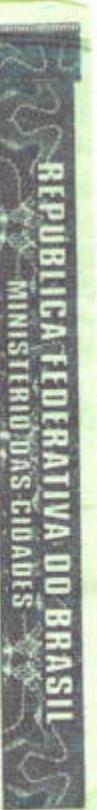
fran (dar - depende da
mu ()
real diaj. di f, he
col: nite malo











REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO DE OBRIGATÓRIO DE DANOS-PESSOAS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE SUPERIOR A 50 KM/H. ALESSANDRA TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DIFERENTES

PI N° 012974510061 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00759540365
PIZ-7746
2019

100

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

www.seguradoralider.com

2019/90/ZU

PIZ-7746

160 START

03B014617

100

卷之三

01/04/2019

linea NAVAT

DONG LIU - DF-WAI

Chen et al. / 2011-03

SET-2016

VOLUME 1

19/06/2019

SET



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO BRIGITERO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE SUPERIOR A 50 KM/H. ALESSANDRA TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DIAVAT

PI N° 012974510061 BILHETE DE SEGURO DPVAT

00758540365 PI3-7746 2019

LAMU COUNTY DEVELOPMENT PLAN

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COMpra.

www.sugardoradid.com
PAC DPMAT 0809 022 1794

2019

0365

HONDA CG 160 S

卷之三

9C2KC2500GR014

卷之三

600,00

000,00

URABORA LIBER - UPVAL
CNPJ 09.340.600/0001-04

SET-2016

VOLUME 1

19/06/2019

SET

LONTRAN

19/06/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **064-710.263-31** 3 - CPF da vítima: **REINALDO SOUSA SANTOS** 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **REINALDO SOUSA SANTOS** 6 - CPF: **064-710.263-31**
 7 - Profissão: **MONTADOR** 8 - Endereço: **LC RECANTO DA PALMEIRA** 9 - Número: **317** 10 - Complemento: **IONA RURAL**
 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BRASILEIRA** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64.340-000**
 15 - Email: **angeline1235.ag@gmail.com** 16 - Tel (DDD): **(86) 99965-2962**

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **REINALDO SOUSA SANTOS** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO/PAIS CURADOR/TUTOR

CONTA POUPANÇA (Síntese para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: **0699** CONTA: **080-212** **7** AGENCIA: **0699** CONTA: **080-212** **7**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO AUTORIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido.

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Rua Cururu, 25 de novembro de 2019**

x Reinaldo Sousa Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Angeline de Brito Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS001 V002/2019

TESTEMUNHAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO | TIPAL

AG: 0699 PIRIPIRI OPER: 013 CONTA: 80.212-7

PERIODO: 01112019 ATE: 16122019 CPF: 064.710.263-31

NOOME: REINALDO SOUSA SANTOS WW VLR.BLQ.JUD. 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	LUC	TD.00
22/11/2019	221514 DP DIN LOT	0,00000000	10,00	0,00	0,00

SALDO EM 13/12/2019 R\$

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601882 **Cidade:** Brasileira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTE OSSÍNSESE, EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 03 06 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 24 //
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00