



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME FRANCISCO HERMANO DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / C.R.S. EMISSOR 982656 SSP PI	
	CPF 974.113.813-49	DATA NASCIMENTO 14/08/1968
	FUNÇÃO ELIAS SOARES DE SOUSA	
	FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA	
PROFISSÃO AC OUTROS		
PROFISSÃO 00428268289	VALIDADE 19/11/2019	EXPIRAÇÃO 13/09/1999
ASSINATURA 		
DATA 20/11/2019		
DATA DE EMISSÃO 20/11/2019		
42167560001 91314048678		
DETRAN-PI (RJADU)		

26 JUL 2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE CAMPO MAIOR-PI



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO RIBEIRO NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 645.045 DEIAN-PI EXPEDIDO POR SEIKAN-PI EM 05/12/12 E
CPF 342207123-7 / CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO Recebe
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebe (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Campones 15 de Agosto de 17

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO -- AG CAMPO MAIOR

DATA: 10/08/2017

HORA: 16:22:39

TERMINAL: 06161030

CONTROLE: 061610300457

AGÊNCIA: 0616 -- CAMPO MAIOR

CONTA: 013.00109237-6

CLIENTE: FRANCISCO RIBEIRO NETO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170410842 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO **Data do acidente:** 25/04/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO: 50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: FRANCISCO RIBEIRO NETO			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTÔNOMO	
RG: 645.047 - PI	Org. emissor: DETAN-PI	D. Expedição: 05/12/2012	CPF: 342.207.123-72
Endereço: AV. NTO LONGA		Nº: 07	Bairro: CIDADE NOVA
Cidade: CAMPO MAIOR		Estado: PI	CEP: 64.280.000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTÔNOMO	
RG: 992.656 - PI	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 23/10/87	CPF: 374.113.813-49
Endereço: RUA ECL. JOÃO CRISTÓFARO		Nº: 390	Bairro: SÃO JOÃO
Cidade: CAMPO MAIOR		Estado: PI	CEP: 64.280.000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório -- DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima FRANCISCO RIBEIRO NETO Acidente ocorrido em: 25/04/2017.

Local / data: Campo Maior-PI, 04.07.2017.

Cartório Único
Campo Maior-PI



FRANCISCO RIBEIRO NETO

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

26 JUL 2017



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO RIBEIRO NETO. DOU-PI 07/2017. E. ENCL. 342.207.123-72. Selo: 0,25 Total: 4,50. Selo: 110.889.19 (F100F134)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

MARIA THAYNARA ALPENTIA (PROCURADOR) AUTORIZADO(A)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO RIBEIRO NETO** Sinistro: **3170410842** Data: **25/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R ALTO LONGA, 07 - CIDADE NOVA - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **645047**

Data local do exame: [**08/08/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA E LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À DIREITA. VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE ÓSSEA, COM IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR EM TODO O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMPO MAIOR

DATA: 10/08/2017

HORA: 16:22:39

TERMINAL: 06161030

CONTROLE: 061610300457

AGÊNCIA: 0616 - CAMPO MAIOR

CONTA: 013.00109237-6

CLIENTE: FRANCISCO RIBEIRO NETO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO RIBEIRO NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 645.643 DEIAN EXPEDIDO POR DETRAN-PI EM 25/12/12 E

CPF 342707123-7 /CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO RECEITA E

RENTA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; com probatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 N° da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Camponha, 15 de Agosto de 17

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11418849

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11436322

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro: 3170410842 ASL-0288566/17
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº 11476152

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta nº 11516039

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11601178

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro: 3170410842 ASL-0288566/17
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000109237-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, FRANCISCO RIBEIRO NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 645.047 - DETRAN - PE EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 05/12/12 E
CPF 342207123-72 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO MOTOTAXISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

26 JUL 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Campo Mourão, PE, 17 de JULHO de 2017.

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatreguladotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - CAMPO MAIOR

DATA: 24/07/2017

HORA: 16:53:36

TERMINAL: 06161035

CONTROLE: 061610350936

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

FAVORECIDO

CBC/AGÊNCIA : 0616 / CAMPO MAIOR

CONTA : 013.00.109.237-6

NOME : FRANCISCO RIBEIRO NETO

VALOR :

224,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 24/07/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO É DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

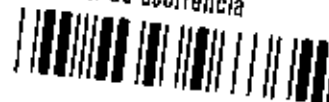
www.caixa.gov.br

26 JUL 2017



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.001213/2017-64

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 04/07/2017 - 15:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

25/04/2017 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

PI QUE LIGA CAMPO MAIOR À COIVARAS, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

BAR DO SEU LOURIVAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 645047 SSP PI

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DE SOUZA

Endereço: AVENIDA ALTO LONGÁ, Nº 007

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

26 JUL 2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia para noticiar que: "No dia 25 de abril de 2017 por volta das 20h30min quando conduzia a motocicleta HONDA BIZ 125 ES, 2013/2013/, preta, Flex, placa OUC-1645, Chassi 9C2JC4820DR077534, código renavam 00536048711, licenciada em nome de CORINTA VERAS RIBEIRO, pela PI que liga Campo Maior à cidade de Coivaras-PI e nas proximidades da Serra de Santo Antonio em frente ao Bar do Seu Lourival perdeu o controle da referida motocicleta após passar sobre uma vala ocasionada pela chuva, causando a sua queda da motocicleta, foi socorrido por populares e encaminhado ao HRCM, atendido pelo médico plantonista, Dr. Lucas Garibald-CRM-PI 6499, onde solicitou sua internação, pois o mesmo estava com fratura em ombro direito, ficando internado por 3 dias, onde após avaliação ortopedia foi liberado para tratamento conservador da lesão; Declaração de inteira responsabilidade do noticiante. Nada mais.

Pedro Alves Da Silva Filho

Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Ribeiro Neto

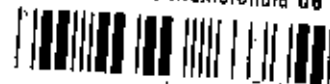
FRANCISCO RIBEIRO NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
Mat. 9510-9

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, FRANCISCO RIBEIRO NETO, portador da carteira de identidade nº 645047 - PI e inscrito no CPF/MF sob o nº 342.207.123-72, residente e domiciliado na AV. DOUTOR LONGA - N° 07 - CIDADE NOVA, Cidade CAMPO MAIOR, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

26 JUL 2017

CAMPO MAIOR - PI, 17-07-2017.

Local e data

HREED

ATO DECLARATÓRIO

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTERNO

JOÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CPF: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

DIGITADO

Atendimento: P0109053

Data: 25/04/2017

Funcionário: M. HELENA

Registro: 52628

Hora: 23:26:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha: 7

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Nascimento: 30/01/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Telefone: (86) 9951-66648

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

Endereço: RUA LUIZ LONGA, 7 -

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

IDM: 2202208 Cor: PARDA Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DA SOUZA

Clínica: ACOLHIMENTO

Documento: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/04/2017 23:26 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Interconsulta

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa

MÉDICO
CRM 6499

Comprovação de ato declaratório



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

26 JUL 2017

Francisco Ribeiro Neto

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO JUNIOR DA SILVA SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02035-4

CONTA: 000000062914-6

Nr. da Autenticação C2493DA394E5CDF7

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO RIBEIRO NETORG nº 645.047-Pi, data de expedição 05/12/12, Órgão DETRAN-PI,CPF nº 342.207.123-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. ALTO LONGA</u>
Número	<u>07.</u>
Apto / Complemento	<u>CASA.</u>
Bairro	<u>CIDADE NOVA.</u>
Cidade	<u>CAMPO MAIOR</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.280.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 994413502/999523722/981471002</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 17-07-17.Assinatura do Declarante: FRANCISCO RIBEIRO NETO

26 JUL 2017



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

USE O CÓDIGO

0659409-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.849.748/0001-99 (Av. Estadual: 15.301,383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia: Emissão - Série B-1
Registro Especial de Empresa autorizada pela SEFAZ UENPA

Nº da Nota Fiscal 000432255

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

CONTA MÊS VENCIMENTO 26/03/2017 93 60,90

ANTONIO JOSE DE M BRITO
AV ALTO LONGA 07 CID NOVA B-LIRIANO
CNPJ: 000000000000000000 IE: 645047

DADOS DA LEITURA	DADOS DA CONSUMIDORA
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	Emissão:
Consumo Faturado:	Apresentação:

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses
---------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
FEV/17	122	
JAN/17	109	
DEZ/16	140	
NOV/16	127	
OUT/16	105	
SET/16	135	
AGO/16	110	
JUL/16	124	
JUN/16	141	
MAI/16	128	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
B A 93 - 0,58455		

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
01/2017	79,57
12/2016	99,76

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANC. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição:	Base de Cálculo
Energia:	Alíquota ICMS:
Transmissão:	Valor do ICMS:
Energias:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:

26 JUL 2017

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA, portador(a) do RG nº 992656-PI, expedido por SSP. PI, em 23/10/87, CPF/CNPJ nº 374.113.813-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO RIBEIRO NETO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDES da vítima FRANCISCO RIBEIRO NETO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa 26 JUL 2017

Documentos comprobatórios: Recusa


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, CORINTA VERAS RIBEIRO
 portador do RG: 745.438 - PI, data de expedição 11 / 02 / 2011
 órgão expedidor SSP / PI, CPF: 827.349.333-49
 com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR, no estado de PI
 onde resido na AV. MTO LONGA
 número 07, complemento B. CIDADE NOVA.
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, FRANCISCO RIBEIRO NETO
 cujo condutor era FRANCISCO RIBEIRO NETO
 VEÍCULO: MOTOCICLETA.
 ANO: 2013 / 2013
 MODELO: HONDA / Biz 125 ES
 PLACAS: OUC - 1645
 CHASSI: 9C2JC4820DR 077534
 DATA DO ACIDENTE: 25, 04, 2017

Campo maior - PI, 04.07.2017.

Local e Data

26 JUL 2017

Cartório Único
Campo Maior-PI

Corinta Veras Ribeiro

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um tercelro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR-PI
 Av. José Paulo, 804 - Centro - Campo Maior-PI - CEP: 64200-000
 Fone: (86) 3252-1700 - E-mail: cartoriounico@cartorio.com
 João Tereza Nunes de Sousa - Tabelião Inscrito

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CORINTA VERAS
 RIBEIRO. DOU PE. EM TEST. DA VERDADE. CAMPO
 MAIOR-PI, 04/07/2017. Emissão: 0,25 Selos: 0,25
 Total: 4,57 Selos: 110 (R\$ 110,00)

MARIA THAYANA ALVES (T) ESCRIVENTE AUTORIZADO(A)



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTERNO

ALTO LONGA, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CEP: 86553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

REGISTRO

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0109053

Data: 25/04/2017

Funcionário: M. HELENA

Registro: 52628

Hora: 23:26:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 7

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Data: 30/01/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Telefone: (86) 9951-66648

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280

ALTO LONGA, 7

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Idade: 2202208 Cor: PARDA Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DA SOUZA

Clinica: ACOlhIMENTO

Documento: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/04/2017 23:26 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Exame clínico/físico:

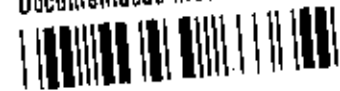
Diagnóstico provável:

Medicação:

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa

MÉDICO
CRM 6499

Documentação médica - hospitalar



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

26 JUL 2017

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1ª Via

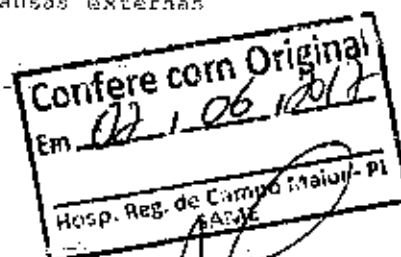
Nº 2217100489769

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Paciente
Nome : FRANCISCO RIBEIRO NETO **Prontuário :**
Sexo: MASCULINO **Nascimento:** 30/01/1964 **CNS :** **CPF :**
Nome da Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUSA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR **CEP :** 64280000
Raça / Cor: 99-SEM **Responsável:**

Solicitação / Autorização
CPF Solicitante: 02372562312 LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA
Procedimento Solicitado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
Procedimento Autorizado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
CID : T758 Outros efeitos especificados de causas externas
Nº Laudo: **Nº Prontuário:**

Autorizador
Data : 25/04/2017
CPF : 09114351315 ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO
CNS : 170244261420002
Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;



José Augusto Alves F
SANS - Hosp. Reg. Campo Maior
Matrícula 158459-6 2ª Via

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Nº 2217100489769

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Paciente
Nome : FRANCISCO RIBEIRO NETO **Prontuário :**
Sexo: MASCULINO **Nascimento:** 30/01/1964 **CNS :** **CPF :**
Nome da Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUSA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR **CEP :** 64280000
Raça / Cor: 99-SEM INFORMAÇÃO **Responsável:**

Solicitação / Autorização
CPF Solicitante: 02372562312 LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA
Procedimento Solicitado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
Procedimento Autorizado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
CID : T758 Outros efeitos especificados de causas externas
Nº Laudo: **Nº Prontuário:**

Autorizador
Data : 25/04/2017
CPF : 09114351315 ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO
CNS : 170244261420002
Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;

26 JUL 2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - CNES
5277754
4 - CNES
2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO RIBEIRO NETO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7 - NOME DA MÃE
FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA
8 - ENDEREÇO
RUA DO LONGA, 7 - PARQUE ESTRELA
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CAMPO MAIOR

10 - DATA DE NASCIMENTO
30/01/1964

11 - Nº DO PRONTUÁRIO
52626
12 - SEXO
Masculino X 1 Feminino 2
13 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 9951-66648

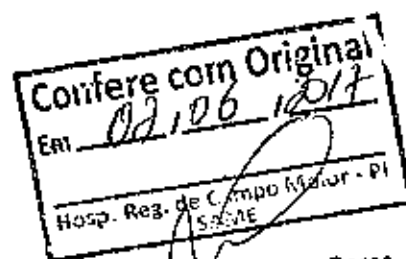
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2202208

15 - UF
PI
16 - CEP
64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Não em nenhum dos



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Fratura do pé direito

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

Exame X de rotina

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura acromioclavicular direita

T017

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
LUCAS GABRIEL DE DEUS SOUSA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
25/04/2017

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

26 JUL 2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNP DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - Nº DE

39 - ACIDENTE DE TRANSITO
40 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO
41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - COTR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
JOSE LAURINDO DA SILVA

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
E220000002

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

46 - DOCUMENTO
47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
008 811.473-20

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Francisco Ribeiro Neto

Identificação:	106482
Data:	25/04/2017
Hora:	23:48

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AT
M. H. B. E. N. A.

BOLETIM DE ADMISSÃO

52628 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

ASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 30/01/1964 - 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Clínica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0406 Convênio: SUS

Residência: Médico: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

RG: 645047

C/N:

SIS Prenatal:

Município: ALTO LONGA, Nº 7 - CEP: 64280-000

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI

Profissão: MOTOTAXISTA

Telefone: () -

Nome: VIEIRA DA SOUZA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

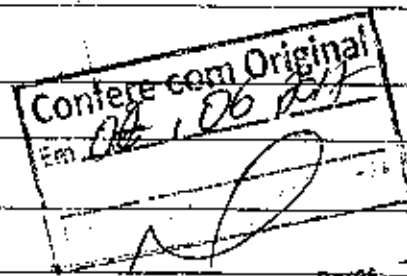
Assinatura: FRANCISCO RIBEIRO NETO - () -- O MESMO

Exatidão inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Assinatura Definitiva:

História Clínica

Paciente com queixa de dor abdominal
aguda.



José Augusto Alves Peres
SANE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

Diagnóstico Provável

Doença abdominal - desconhecida

LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

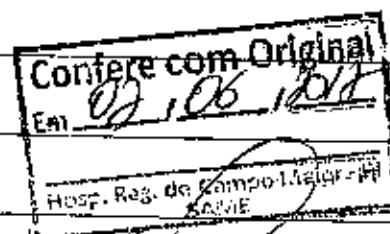
06482 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

Reg. 25/04/2017 Leito: CC0406

RESUMO CLÍNICO

Exatidão / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente com queixa de dor abdominal aguda em
hipocôndrio direito. Condição. Alta hospitalar e medicação
e medicação de uso oral.



José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Diagnóstico principal: Fratura de costela (D)

Diagnósticos Secundários:

26 JUL 2017

Condições de Alta / Transferência

☐ Parado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Dr. Leônidas Soares
CRM/PI 10111 - 09/11/2002
CRM/PI 10111 - 09/11/2002

Médico

CRM/Carimbo



Figure 1

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 84.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ: 06.551.564/0005-42

26 JUL 2017

NOME:

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA / HORA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

Confere com Original
Em 26/06/2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SAÚDE

José Augusto Alves Peres
SAÚDE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

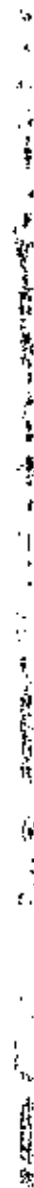


Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546

CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI

CNPJ: 06.553.584/0006-42



12-11

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 54.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ: 05.553.556/0006-42

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

106482 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

Data da internação: 25/04/2017 - 23:48:00 Sexo: M Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0406

27/04/2017

Técnico(a)

Assinatura

11:18	PCT 3º DIH POR FRATURA DE CLAVÍCULA D. CONSCIENTE ORIENTADO FÍSICO. DEAMBULANDO, EUPNEICO, SSV ESTÁVEIS ACEITANDO DIETA OFERECIDA, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENIZADO S/AVP, SQUEIXAS DE ALGIA	MICHELLE	
-------	--	----------	--

Confere com Original
Em 05/05/2017
José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matricula 158459-6



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

JOSE AUGUSTO ALVES PERES
SAINE - Hosp. Reg. Campo Maior - F1
Matricula 158459-6

Confere com Original

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

EVOÇÕES MULTIPROFISSIONAIS		Piauí GOVERNO DO ESTADO	
NOME:	FEE 2. 1000	Em	Concre
ENFERMARIA:	64	LEITO:	64
DATA / HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
20/08/07	1. 20/08/07 - 10:00 2. 20/08/07 - 10:00 3. 20/08/07 - 10:00 4. 20/08/07 - 10:00		
	5. 20/08/07 - 10:00 6. 20/08/07 - 10:00 7. 20/08/07 - 10:00 8. 20/08/07 - 10:00		
	9. 20/08/07 - 10:00 10. 20/08/07 - 10:00 11. 20/08/07 - 10:00 12. 20/08/07 - 10:00		
	13. 20/08/07 - 10:00 14. 20/08/07 - 10:00 15. 20/08/07 - 10:00 16. 20/08/07 - 10:00		
	17. 20/08/07 - 10:00 18. 20/08/07 - 10:00 19. 20/08/07 - 10:00 20. 20/08/07 - 10:00		
	21. 20/08/07 - 10:00 22. 20/08/07 - 10:00 23. 20/08/07 - 10:00 24. 20/08/07 - 10:00		
	25. 20/08/07 - 10:00 26. 20/08/07 - 10:00 27. 20/08/07 - 10:00 28. 20/08/07 - 10:00		
	29. 20/08/07 - 10:00 30. 20/08/07 - 10:00 31. 20/08/07 - 10:00 32. 20/08/07 - 10:00		
	33. 20/08/07 - 10:00 34. 20/08/07 - 10:00 35. 20/08/07 - 10:00 36. 20/08/07 - 10:00		
	37. 20/08/07 - 10:00 38. 20/08/07 - 10:00 39. 20/08/07 - 10:00 40. 20/08/07 - 10:00		
	41. 20/08/07 - 10:00 42. 20/08/07 - 10:00 43. 20/08/07 - 10:00 44. 20/08/07 - 10:00		
	45. 20/08/07 - 10:00 46. 20/08/07 - 10:00 47. 20/08/07 - 10:00 48. 20/08/07 - 10:00		
	49. 20/08/07 - 10:00 50. 20/08/07 - 10:00 51. 20/08/07 - 10:00 52. 20/08/07 - 10:00		
	53. 20/08/07 - 10:00 54. 20/08/07 - 10:00 55. 20/08/07 - 10:00 56. 20/08/07 - 10:00		
	57. 20/08/07 - 10:00 58. 20/08/07 - 10:00 59. 20/08/07 - 10:00 60. 20/08/07 - 10:00		
	61. 20/08/07 - 10:00 62. 20/08/07 - 10:00 63. 20/08/07 - 10:00 64. 20/08/07 - 10:00		
	65. 20/08/07 - 10:00 66. 20/08/07 - 10:00 67. 20/08/07 - 10:00 68. 20/08/07 - 10:00		
	69. 20/08/07 - 10:00 70. 20/08/07 - 10:00 71. 20/08/07 - 10:00 72. 20/08/07 - 10:00		
	73. 20/08/07 - 10:00 74. 20/08/07 - 10:00 75. 20/08/07 - 10:00 76. 20/08/07 - 10:00		
	77. 20/08/07 - 10:00 78. 20/08/07 - 10:00 79. 20/08/07 - 10:00 80. 20/08/07 - 10:00		
	81. 20/08/07 - 10:00 82. 20/08/07 - 10:00 83. 20/08/07 - 10:00 84. 20/08/07 - 10:00		
	85. 20/08/07 - 10:00 86. 20/08/07 - 10:00 87. 20/08/07 - 10:00 88. 20/08/07 - 10:00		
	89. 20/08/07 - 10:00 90. 20/08/07 - 10:00 91. 20/08/07 - 10:00 92. 20/08/07 - 10:00		
	93. 20/08/07 - 10:00 94. 20/08/07 - 10:00 95. 20/08/07 - 10:00 96. 20/08/07 - 10:00		
	97. 20/08/07 - 10:00 98. 20/08/07 - 10:00 99. 20/08/07 - 10:00 100. 20/08/07 - 10:00		

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

6 JUL 2017



HOSPITAL REGICHA DE CAMPO MAIOR

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

ENFERMARIA:	LEITO:	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
NOME: <u>Franuza R. Neto</u>		1. <u>Diagnóstico: Hipertensão</u> 2. <u>Exame físico: PA 140/90</u> 3. <u>Exame físico: FC 80</u> 4. <u>Exame físico: FR 18</u> 5. <u>Exame físico: T 36,5</u> 6. <u>Exame físico: S 100</u> 7. <u>Exame físico: R 10</u> 8. <u>Exame físico: C 10</u> 9. <u>Exame físico: E 10</u> 10. <u>Exame físico: S 10</u> 11. <u>Exame físico: R 10</u> 12. <u>Exame físico: C 10</u> 13. <u>Exame físico: E 10</u> 14. <u>Exame físico: S 10</u> 15. <u>Exame físico: R 10</u> 16. <u>Exame físico: C 10</u> 17. <u>Exame físico: E 10</u> 18. <u>Exame físico: S 10</u> 19. <u>Exame físico: R 10</u> 20. <u>Exame físico: C 10</u> 21. <u>Exame físico: E 10</u> 22. <u>Exame físico: S 10</u> 23. <u>Exame físico: R 10</u> 24. <u>Exame físico: C 10</u> 25. <u>Exame físico: E 10</u> 26. <u>Exame físico: S 10</u> 27. <u>Exame físico: R 10</u> 28. <u>Exame físico: C 10</u> 29. <u>Exame físico: E 10</u> 30. <u>Exame físico: S 10</u> 31. <u>Exame físico: R 10</u> 32. <u>Exame físico: C 10</u> 33. <u>Exame físico: E 10</u> 34. <u>Exame físico: S 10</u> 35. <u>Exame físico: R 10</u> 36. <u>Exame físico: C 10</u> 37. <u>Exame físico: E 10</u> 38. <u>Exame físico: S 10</u> 39. <u>Exame físico: R 10</u> 40. <u>Exame físico: C 10</u> 41. <u>Exame físico: E 10</u> 42. <u>Exame físico: S 10</u> 43. <u>Exame físico: R 10</u> 44. <u>Exame físico: C 10</u> 45. <u>Exame físico: E 10</u> 46. <u>Exame físico: S 10</u> 47. <u>Exame físico: R 10</u> 48. <u>Exame físico: C 10</u> 49. <u>Exame físico: E 10</u> 50. <u>Exame físico: S 10</u> 51. <u>Exame físico: R 10</u> 52. <u>Exame físico: C 10</u> 53. <u>Exame físico: E 10</u> 54. <u>Exame físico: S 10</u> 55. <u>Exame físico: R 10</u> 56. <u>Exame físico: C 10</u> 57. <u>Exame físico: E 10</u> 58. <u>Exame físico: S 10</u> 59. <u>Exame físico: R 10</u> 60. <u>Exame físico: C 10</u> 61. <u>Exame físico: E 10</u> 62. <u>Exame físico: S 10</u> 63. <u>Exame físico: R 10</u> 64. <u>Exame físico: C 10</u> 65. <u>Exame físico: E 10</u> 66. <u>Exame físico: S 10</u> 67. <u>Exame físico: R 10</u> 68. <u>Exame físico: C 10</u> 69. <u>Exame físico: E 10</u> 70. <u>Exame físico: S 10</u> 71. <u>Exame físico: R 10</u> 72. <u>Exame físico: C 10</u> 73. <u>Exame físico: E 10</u> 74. <u>Exame físico: S 10</u> 75. <u>Exame físico: R 10</u> 76. <u>Exame físico: C 10</u> 77. <u>Exame físico: E 10</u> 78. <u>Exame físico: S 10</u> 79. <u>Exame físico: R 10</u> 80. <u>Exame físico: C 10</u> 81. <u>Exame físico: E 10</u> 82. <u>Exame físico: S 10</u> 83. <u>Exame físico: R 10</u> 84. <u>Exame físico: C 10</u> 85. <u>Exame físico: E 10</u> 86. <u>Exame físico: S 10</u> 87. <u>Exame físico: R 10</u> 88. <u>Exame físico: C 10</u> 89. <u>Exame físico: E 10</u> 90. <u>Exame físico: S 10</u> 91. <u>Exame físico: R 10</u> 92. <u>Exame físico: C 10</u> 93. <u>Exame físico: E 10</u> 94. <u>Exame físico: S 10</u> 95. <u>Exame físico: R 10</u> 96. <u>Exame físico: C 10</u> 97. <u>Exame físico: E 10</u> 98. <u>Exame físico: S 10</u> 99. <u>Exame físico: R 10</u> 100. <u>Exame físico: C 10</u> 101. <u>Exame físico: E 10</u> 102. <u>Exame físico: S 10</u> 103. <u>Exame físico: R 10</u> 104. <u>Exame físico: C 10</u> 105. <u>Exame físico: E 10</u> 106. <u>Exame físico: S 10</u> 107. <u>Exame físico: R 10</u> 108. <u>Exame físico: C 10</u> 109. <u>Exame físico: E 10</u> 110. <u>Exame físico: S 10</u> 111. <u>Exame físico: R 10</u> 112. <u>Exame físico: C 10</u> 113. <u>Exame físico: E 10</u> 114. <u>Exame físico: S 10</u> 115. <u>Exame físico: R 10</u> 116. <u>Exame físico: C 10</u> 117. <u>Exame físico: E 10</u> 118. <u>Exame físico: S 10</u> 119. <u>Exame físico: R 10</u> 120. <u>Exame físico: C 10</u> 121. <u>Exame físico: E 10</u> 122. <u>Exame físico: S 10</u> 123. <u>Exame físico: R 10</u> 124. <u>Exame físico: C 10</u> 125. <u>Exame físico: E 10</u> 126. <u>Exame físico: S 10</u> 127. <u>Exame físico: R 10</u> 128. <u>Exame físico: C 10</u> 129. <u>Exame físico: E 10</u> 130. <u>Exame físico: S 10</u> 131. <u>Exame físico: R 10</u> 132. <u>Exame físico: C 10</u> 133. <u>Exame físico: E 10</u> 134. <u>Exame físico: S 10</u> 135. <u>Exame físico: R 10</u> 136. <u>Exame físico: C 10</u> 137. <u>Exame físico: E 10</u> 138. <u>Exame físico: S 10</u> 139. <u>Exame físico: R 10</u> 140. <u>Exame físico: C 10</u> 141. <u>Exame físico: E 10</u> 142. <u>Exame físico: S 10</u> 143. <u>Exame físico: R 10</u> 144. <u>Exame físico: C 10</u> 145. <u>Exame físico: E 10</u> 146. <u>Exame físico: S 10</u> 147. <u>Exame físico: R 10</u> 148. <u>Exame físico: C 10</u> 149. <u>Exame físico: E 10</u> 150. <u>Exame físico: S 10</u> 151. <u>Exame físico: R 10</u> 152. <u>Exame físico: C 10</u> 153. <u>Exame físico: E 10</u> 154. <u>Exame físico: S 10</u> 155. <u>Exame físico: R 10</u> 156. <u>Exame físico: C 10</u> 157. <u>Exame físico: E 10</u> 158. <u>Exame físico: S 10</u> 159. <u>Exame físico: R 10</u> 160. <u>Exame físico: C 10</u> 161. <u>Exame físico: E 10</u> 162. <u>Exame físico: S 10</u> 163. <u>Exame físico: R 10</u> 164. <u>Exame físico: C 10</u> 165. <u>Exame físico: E 10</u> 166. <u>Exame físico: S 10</u> 167. <u>Exame físico: R 10</u> 168. <u>Exame físico: C 10</u> 169. <u>Exame físico: E 10</u> 170. <u>Exame físico: S 10</u> 171. <u>Exame físico: R 10</u> 172. <u>Exame físico: C 10</u> 173. <u>Exame físico: E 10</u> 174. <u>Exame físico: S 10</u> 175. <u>Exame físico: R 10</u> 176. <u>Exame físico: C 10</u> 177. <u>Exame físico: E 10</u> 178. <u>Exame físico: S 10</u>	

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (06) 3252-1372 • Fax: (06) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

26 JUL 2017

HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL
08:00	Exatidão de dados de enfermagem	Leandro Mendes Sousa Oliveira COREN PI 657353-TE
09:00	Exatidão de dados de enfermagem	
10:00	Exatidão de dados de enfermagem	
11:00	Exatidão de dados de enfermagem	
12:00	Exatidão de dados de enfermagem	
13:00	Exatidão de dados de enfermagem	
14:00	Exatidão de dados de enfermagem	
15:00	Exatidão de dados de enfermagem	
16:00	Exatidão de dados de enfermagem	
17:00	Exatidão de dados de enfermagem	
18:00	Exatidão de dados de enfermagem	
19:00	Exatidão de dados de enfermagem	
20:00	Exatidão de dados de enfermagem	
21:00	Exatidão de dados de enfermagem	
22:00	Exatidão de dados de enfermagem	
23:00	Exatidão de dados de enfermagem	
24:00	Exatidão de dados de enfermagem	

Vendo Paciente da Sme
Vendo Paciente da Sme
COREN PI 651539

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Francisco Ribeiro Neto ENF: CCM LEITO:

Sexo: M (X) F () Idade: 55 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável ()
Viúvo () Separado ()

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros:
Deambulando (X) Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (X) Obstétrico ()

Se obstétrico: DUM: IG: G: P: A:

Queixa principal:

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros ()

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (X) Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()

Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()

Pele: Normocorada () Hipocorada () Cianose () Sudorética ()
Hidratada () Desidratada () Hiperemia () Local:

Integridade da pele: Sim (X) Não () Obs:

Rede venosa: Visível () Não visível ()

Edemas: Ausência (X) Presença () Local: Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispneico ()

Tosse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()

Outros:

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral (X) Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()

Hábito intestinal: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação:

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal () Por SVD () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()

Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truço ()

Sono e repouso: Preservados () Insatisfatórios ()

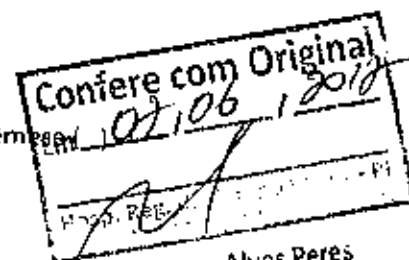
Outras queixas: Febre () Dor () Local: Outras:

SSVV: Tax°C: P: R: PA:

Medicações de uso regular: Não () Sim () Quais:

Diagnóstico de Enfermagem:

Data: 16/04/17 Enfermeiro:



José Augusto Alves Peres
SAMT - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

Jana Pereira da Silva
Enf.ª - FOMEIRA
CRM-Pi 152.575

Controle de Acompanhante

Paciente: STANLEY BERNARDINO NETO

Enfermaria Nº: _____ Leito Nº: _____

Acompanhante:

1. <u>STANLEY BERNARDINO NETO</u>	Data: <u>02/06/2017</u>
2. _____	Data: ____/____/____
3. _____	Data: ____/____/____
4. _____	Data: ____/____/____
5. _____	Data: ____/____/____
6. _____	Data: ____/____/____
7. _____	Data: ____/____/____
8. _____	Data: ____/____/____
9. _____	Data: ____/____/____
10. _____	Data: ____/____/____
11. _____	Data: ____/____/____
12. _____	Data: ____/____/____
13. _____	Data: ____/____/____
14. _____	Data: ____/____/____
15. _____	Data: ____/____/____
16. _____	Data: ____/____/____
17. _____	Data: ____/____/____
18. _____	Data: ____/____/____
19. _____	Data: ____/____/____
20. _____	Data: ____/____/____
21. _____	Data: ____/____/____
22. _____	Data: ____/____/____
23. _____	Data: ____/____/____
24. _____	Data: ____/____/____
25. _____	Data: ____/____/____

Confere com Original
Em 02/06/2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SANE

José Augusto Alves Peres
SANE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

REQUISIÇÃO DE PARECER

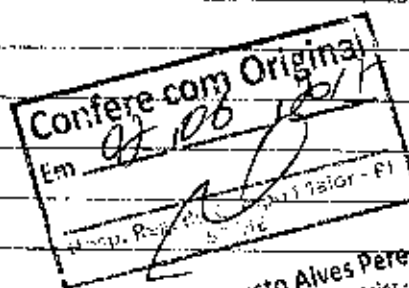
CLÍNICA: Cirurgia ENFERMARIA: 004 LEITO: 101
NOME DO PACIENTE: Francisco Fabiano Neto IDADE: 37
PRONTO: _____ AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA

Especificar os dados sobre os quais deseja parecer e numerar os principais sintomas do paciente)

Paciente apresentando fratura da coluna cervical, fratura de
supratentorial, diabetes, e outras comorbidades. Não está
tomando medicamentos. No exame, consciente, orientado, porém
assimétrico, sem sinais físicos anormais de lesão
grave. Supor diagnóstico.

DATA 22/04/17 PROFISSIONAL REQUISITANTE: _____

PARECER**26 JUL 2017**

José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

DATA _____ PROFISSIONAL: _____



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CNPJ: 06553564000642

Telefone: (86) 3252-4546

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI

Atendimento: E019127



INTERNADO

Coletado:

Data: 26/04/2017

Paciente: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Médico(a): LUCAS GARIBALDO DE DEUS SOUSA
Convênio: SUS

Leito: CC0406 Enfermaria: CC04

Sexo: MASCULINO
Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 25 DIAS
Impresso: 26/04/2017

HEMOGRAMA

Materiais:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

5,20 milhões/mm³

4,3 a 6,0 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

14,9 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

45 %

38 a 52 %

VCM

86,54 μ^3

82 a 92 μ^3

HCM

28,65 pg

27 a 33 pg

CHCM

33,11 %

32 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

11.600 /mm³

5.000 a 10.000 /mm³

NEUTRÓFILOS

0 %

0

MONÓCITOS

0 %

0

BASTONETES

1 %

0

E PLACETADOS

80 %

0

BASÓFILOS

0 %

0

EOSINÓFILOS

2 %

0

LINFÓCITOS

15 %

0

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

MONÓCITOS

2 %

0

CONTAGEM GERAL

100,00

2 a 8 % 200 a 300 /mm³

100%

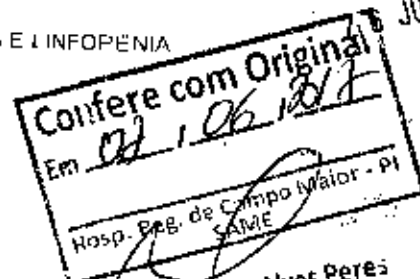
PLAQUETAS

/mm³

150.000 a 400.000 / μ L

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL: NORMOCROMIA COM NORMOCITOSE, LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA E LINFOPENIA



José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

JUL 2017

HOSPITAL REGIONAL DE CAM MAIOR

CNPJ: 06553564000642

Telefone: (86) 3252-4546

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI

Atendimento: E019127



INTERNADO

Coletado:

Data: 26/04/2017

Paciente: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sexo: MASCULINO

Mãe: LUCAS GARIBALDO DE DEUS SOUSA

Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Convênio: SUS

Leito: CC0406 Enfermaria: CC04

Impresso: 26/04/2017

CREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

1,1 mg/dl

SORO: 0,5 A 1,5 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

GLICOSE

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

97 mg/dl

70 A 99 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

TEMPO DE COAGULACAO (TC)

Material:

Método: LEE-WHITE

RESULTADO

8'00"

ATÉ 10 MIN

OBSERVAÇÃO GERAL:

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)

Material:

Método: IVY E MIELKE OU DUKE

RESULTADO

1'30"

ATÉ 3 MIN

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

26 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

26 JUL 2017



7/24/2017 10:05

10:05

Exame de ECG

26 JUL 2017

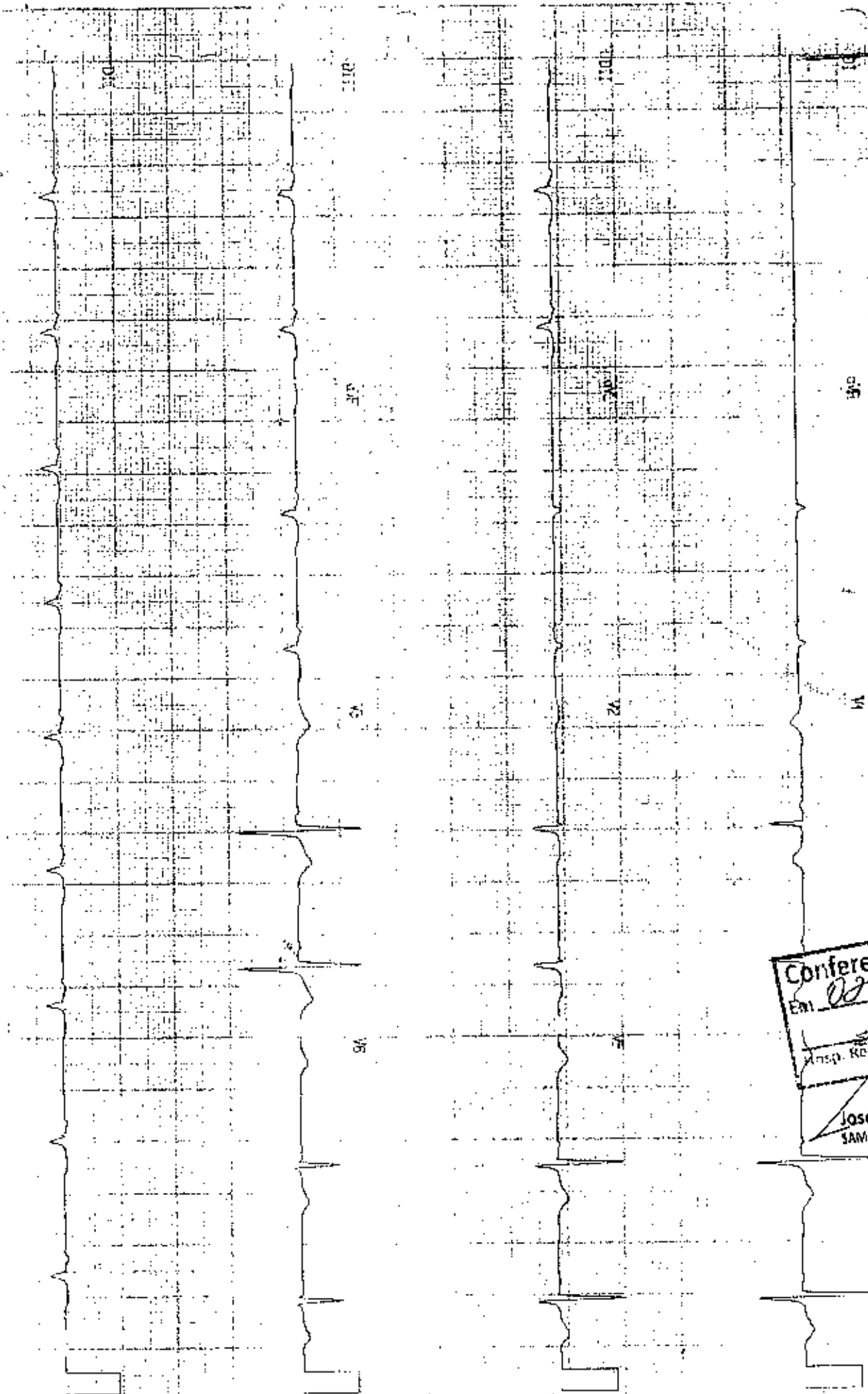
Confere com Original
Em 02/06/17
Assp. Reg. de Campo Maior - PI
S.A.M.E.
José Augusto Alves Peres
S.A.M.E. - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

10:05

25.0 mm/s

N

F: 50+ 0.5 - 25 Hz





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

52.017
U



Nome do Paciente: Francisco Ribeiro Neto

Data do Nascimento: 30/01/64

Data do Registro: 25/04/17

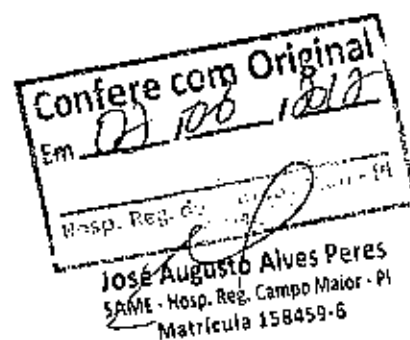
Médico(a): Lucas Garibald

RAIO X DO TÓRAX

Transparência pulmonar normal.
Seios costofrênicos livres.
Alongamento aórtico

Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027 993-00

26 JUL 2017





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



Nome do Paciente: Francisco Ribeiro Neto

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 26/05/17

Médico(a): Leocadio Soares

RAIO X DO OMBRO DIREITO

Luxação acrômio - clavicular


Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993 - 00

26 JUL 2017

