

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO:

SEU CÓDIGO

1045600-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.283-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal: 001710356

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	16/02/2018	30	25,32

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
LC VERMELHA S/N B-RURAL

CPF: 00037353233320

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 130.339.08.84.111100

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	10235	Atual:	08/02/2018
Anterior:	10235	Anterior:	11/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/03/2018
Consumo Medido:	0	Exatidão:	06/02/2018
Consumo Faturado:	30	Aprovação:	08/02/2018
	FCAM		28
MINIMO			

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Módulo 12 meses
COMERCIAL	MONO	A976441		3.1.3.1	0

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,733602 = 22,00
JAN/18	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,32
DEZ/17	0		
NOV/17	0		
OUT/17	0		
SET/17	0		
AGO/17	0		
JUL/17	0		
JUN/17	0		
MAI/17	0		
ABR/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - 0,554836			

MENSAGENS-IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
01/2018	26,46
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-02-2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SPEN. Informamos ainda que a unidade consumidora não possui débitos em aberto no valor de R\$ 100,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL	

RESERVADO AO FISCO 6878.82D3.C35A.B1EB.F01F.96F5.90E9.AD42

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	4,76	Base de Cálculo:	22,00
Energia:	9,02	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,42	Valor do ICMS:	4,40
Encargos:	1,43	Valor do PIS:	0,17
Tributos:	5,37	Valor do COFINS:	0,80

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14	
0,00			0,00			0,00	

TABULEIRO 12/2017 8,75

ROT: 130.339.08.84.111100

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.283-5)

SEU CÓDIGO

1045600-7

MÊS FATURADO

02/2018

TOTAL A PAGAR - R\$

25,32

VENCIMENTO

16/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 001710356

FCAM

836700000000 0 25320017000 4 000000001045 4 60070218008 1



DEPARTAMENTO DE S.O.

DPVAT

CONTEUDO NÃO VÁLIDO

20 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GEPI: 64.040-70

Contatos
998346526
86/998410689
981616076
981527257

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime Especial de Imposto Autorizado pelo SENAI 05/98

Nº da Nota Fiscal: 000356070

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEI foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	16/01/2018	210	208,03

VALDEMIR GOMES NUNES

PV MALHADA GRANDE S/N B-RURAL

CPF: 00004065223326

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 129.339.07.84.012010

DADOS DA LEITURA		KWH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		3680	Atual:	09/01/2018
Anterior:		3470	Anterior:	07/12/2017
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	08/02/2018
Consumo Medido:		210	Consumo:	09/01/2018
Consumo Faturado:		210	Apresentação:	09/01/2018
		FCAH		
NORMAL			33	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código PóL	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1667086		1.1.1.1	163

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/17	180	CONSUMO	210 A R\$ 0,826148 = 173,49
NOV/17	188	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	24,19
OUT/17	191	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	1,03
SET/17	166	MULTA POR ATRASO (2X)	5,54
AGO/17	141	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	3,78
JUL/17	154	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,57
JUN/17	146		
MAI/17	146		
ABR/17	112		
MAR/17	159		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		0 A 210 - 0,575938	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24/01/2018. O não pagamento por 30 dias acarretará também o inclusão do nome do consumidor na SEROPIM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.
12/2017	164,87	

RESERVAÇÃO AO FISCO		534B.7C37.A793.9F74.70A8.5ED7.F218.781C	
CÓDIGO DA CONTA - R\$		IMPÓSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	34,52	Base de Cálculo:	173,49
Energia:	65,65	Alíquota ICM:	25,00%
Transmissão:	10,32	Valor de ICM:	43,37
Encargos:	10,46	Valor do PIS:	1,63
Tributos:	52,54	Valor do COFINS:	7,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14	
0,00			0,00			0,00	

TABULEIRO	11/2017	54,83
-----------	---------	-------

ROT: 129.339.07.84.012010

SEU CÓDIGO	1510427-3	TOTAL A PAGAR - R\$	208,03
MÊS FATURADO	01/2018	VENCIMENTO	16/01/2018
Nº da Nota Fiscal:	000356070	FCAH	

83600000002 3 08030017000 0 000000001510 7 42730118008 4



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO
20 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GER: 64.unc

Contatos
86/998346526
99841 06 89
981616076
981527257

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALDEMIR GOMES NUNES inscrito (a) no CPF 40.652.233, 26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 373.532.333, 20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 373.532.333, 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-MR Renda: RECUSO-MR e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LíderDPVAT, 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. 297 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SUSEP
DPVAT
CONTEÚDO N.º 111 ICADO
20 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Gênesis, 100 - Bairro do Povoado
CEP: 64.233-000

Endereço	PV MALHADA GRANDE		Número	S/N		Complemento	CASA	
Bairro	RURAL		Cidade	CARAÚBAS DO PIAUÍ		Estado	PE	
Email	Valdemir.gomes296@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	86/998346526		Telefone celular (DDD)	998410689	
			CEP	64.233-000				

CARAÚBAS DO PIAUÍ-PE, 26 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu FRANCINEUDO DA SILVA NUNES
RG nº 2.699.606 data da expedição 27/05/2005 órgão SSP-PI
Portador do CPF 027.170.553-12 com domicílio no município
de CARAUÁAS DO PIAUÍ no estado de PIAUÍ onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) PV VERMELHA
nº S/N Complemento B-RURAL declaro, sob as penas da Lei,
que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima JOSE CARLOS PEREIRA NUNES cujo
condutor era JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Veículo: HONDA/NXR 150 BROS FS

Ano: 2011

Modelo: 2012

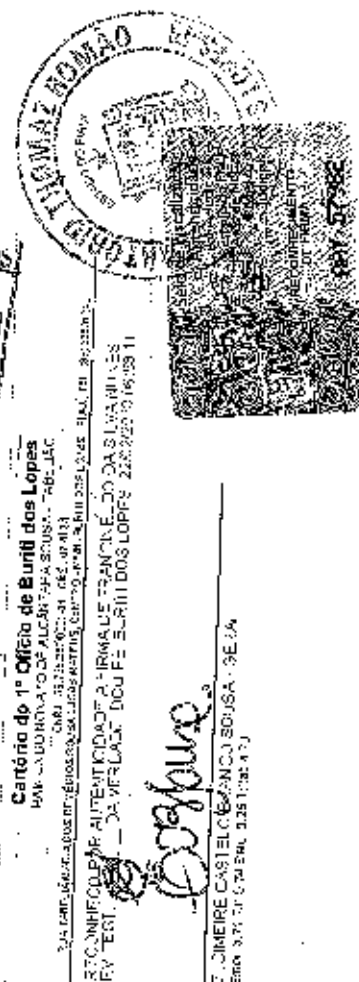
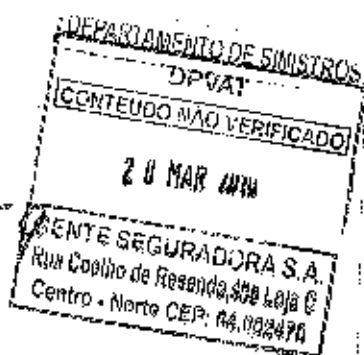
Placa: LVH-1761 PI

Chassi: 9C2KD0550CR54446

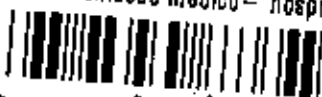
Data do Acidente: 08/05/2017

Local e Data Bomiti dos Lopes 22/02/2018

Francineudo da Silva Nunes
Assinatura do Declarante



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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
END.: RUA MIRETO PORTELA, 74 - CENTRO
CNPJ: 025347600001-04 / FONE: (86) 3333-0048
E-mail: smscaraubasdopi@hotmail.com



Uma Nova História
CARAÚBAS DO PIAUÍ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES, portador do RG nº: 2.013.113 SSP/PI e CPF: 373.532.333-20, domiciliado no povoado Vermelha, S/N, B-Rural, Caraúbas do Piauí – PI, foi vítima de acidente de trânsito no dia 08/05/2017 às 11hs30min, sendo socorrido por um veículo que presta serviço a secretaria de saúde deste município e encaminhado ao (HEDA) Hospital Estadual Dirceu Arcoverde em Parnaíba-PI.

Por ser a expressão da verdade, assumido inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para produza seus efeitos legais.

Caraúbas do Piauí (PI), 08 de maio de 2017.

ANDREIA DE BRITO ROCHA
047.010.106
Sec. Mun. de Saúde - CARAÚBAS DO PIAUÍ
Pólmica 0202017

Andreia de Brito Rocha
Secretária Municipal de Saúde

Atendimento	1012094
Data	08/05/2017
Hora	18:09

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

N.º 1117

SIMONE

BOLETIM DE ADMISSÃO

112848 - JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

- Sexo: **MASCULINO** - 09/03/1968 - 49 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS

Clinica: **ORTOPEDIA** Enfermaria: **027- CORREDOR** Leito: **2716** Convênio: **SUS**

Escolaridade: **4** Médico: **3611 - ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO**

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

Endereço: **POV. VERMELHA, N° 0 - CEP: 64233-000** Bairro:

Cidade: **2202539- CARAUBAS DO PIAUI/PI** Profissão: Telefone: **() -**

Pai: Mãe: **FRANCISCA PEREIRA NUNES**

Responsável: **JOSE CARLOS PEREIRA NUNES - () -- O MESMO**

Diagnostico inicial: **- 9999-CID NAO INFORMADO**

Diagnostico Definitivo:

Fratura Luxação do punho esquerdo

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Perdido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

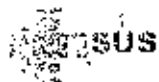
*Fratura de apófise estilóide radial
+ luxação volar do semilunar do
punho (E).*

Diagnóstico Provável

Luxação Semilunar

Dr. Deodato Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8748
R. 16.258

ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899
4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
112848

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/1968

Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

2

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA PEREIRA NUNES

11 - TELEFONE DE CONTATO

(85) 9819-27060

12 - ENDEREÇO

POV. VERMELHA, 0 -

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARAUBAS DO PIAUI

14 - CÓD. REG. MUNICÍPIO

2202539

15 - UF

PI

16 - CEP

64233-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doença em andamento
do pulso*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Complicação

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

Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura luxação do punho B y S630

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interno

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020458

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

(x) CNS

☒ CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

001125

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Doutor Carlos

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/2017

32 - ASS. E CARIMBO (INCLUIR ASSINATURA)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BAHTE

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

() AUTÔ

MÉDICO RESPONSÁVEL

SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ATH : 221710178961-7

Protocolo: 186760

Estabelec.: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nascimento: 09/03/1968

Dt. Autoriza: 10/05/2017

Proced.: 0408020458 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUX

Op. Sistema: KATRINE

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO

*Dra. Carine Alves Nery
Médica
CRM - PI nº 2864*

INTERNAÇÃO HOSP

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: <u>José Carlos Pereira Nunes</u>	49 anos	ALERGIA A:								
DATA: <u>10/05/07</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>16:45</u>	Não								
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fratura Luchas de Punks</u>										
TIPO DE ANESTESIA: <u>Bloqueio + Sedação</u>										
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:										
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
PA	165/85 mmHg	160/80	162/80	163/82						
FC/PULSO	97 bpm	93 bpm	97 bpm	98 bpm						
TEMPERATURA	36,4 °C	36,9 °C	36 °C	36 °C						
OXIMETRIA	97%	97%	97%	97%						
FREQ. RESPIRATÓRIA	20 rpm	20 rpm	20 rpm	18						

Escala de Aldrete e Krölik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KRÖLIK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'		Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	2	2	2	2			2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimentada = 0	1	1	1	2			2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2			2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2	2			2
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2	2	2	2			2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	9	9	9	10			10

Alta da SRPA com 10 pontos, às 17:45 horas. Anestesiista: Dra. Roberta O. Simplicio

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
 0 1 2 3 4 5 (Sem Dor) (Dor Máxima)	 0 1 2 3 4 5 (Sem Dor) (Dor Máxima)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raqui-anestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

Admissão:

Necessidades	Características	Observação
Necessidades neurológicas	Comportamento: ☒ calmo; () agitado; () agressivo; () apático. Nível de consciência: ☒ acordado; () sonolento; () lúcido; () sonolento. Dor: ☒ ausente; () presente. Local	34 e 45
Necessidade respiratória	Via aérea: ☒ pervia; () parcialmente obstruída AP: () MV+; () roncos; () sibilos; () estertores. Nível ventilatório: () Traqueostomia; () Intubação traqueal; () Oxigenoterapia por máscara de Venturi; () Oxigenoterapia por cateter de O2; (X) ar ambiente.	
Necessidades cardiovasculares	FC: ☒ normal 94 bpm; () bradicardia ___ bpm; () taquicardia ___ bpm.	
Necessidades gastrointestinais	() SNG; () SNE; () Gastrostomia; () Jejunostomia; () Ostomia Náuseas: ☒ ausente; () presente. Vômitos: ☒ ausente; () presente. Abdome: ☒ plano; () globoso; () flácido; () distendido.	
Necessidades renais	Diurese: () ausente; () espontânea; () SVA; () SVD.	
Necessidades tegumentares	() Hidratado; () Desidratado; () Corado; () Ictérico; () Edemaciado. Acesso: ☒ AVP; () dissecação venosa; () punção jugular; () punção de subclávia.	
Incisão cirúrgica	☒ Limpa () Parcialmente embebida de sangue () Totalmente embebida em sangue. Dreno: () Penrose; () torácico; () sucção.	

Responsável:

Intervenções de enfermagem para a SRPA Data: 12/05/2017

Ação de Enfermagem	Horário	Executante
() Instalar monitoração.		
() Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal.		
() Administrar oxigênio úmido litro/min. de acordo com prescrição médica.		
() Observar sangramentos na incisão cirúrgica.		
() Controlar SSVV, segundo rotina.		
() Observar a presença de vômitos e/ou náuseas.		
() Avaliar nível de consciência.		
() Avaliar dor, segundo rotina.		
() Avaliar Escala de Aldrete e Krorlik		

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Condições na alta da SRPA:

Estado de vigília	() acordado; () sonolento; () lúcido; () sonolento.
Nível ventilatório	() Traqueostomia; () Intubação traqueal; () Oxigenoterapia por máscara de Venturi; () Oxigenoterapia por cateter de O2; () ar ambiente.
Curativo	
Dreno	Tipo: Observação:
Diurese	() espontânea; () SVA; () SVD.
Pertences	() roupas; () joias; () prótese dentária; () outros.

Responsável: _____

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO: 112.848 PACIENTE: 1012094 JOSE CARLOS PEREIRA NUNES. ENF./LEITO: 027/2716
 INÍCIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA. DURAÇÃO: _____ HORA. CIRURGIA: litotomia cirúrgica
 CIRURGIÃO: Vitor 1º AUXILIAR: Deodato ANESTESISTA: Valina

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Adrenalina	amp		Ocitocina	amp	
Água etêrtil 10ml	amp	01	Pancurônio	amp	
Atropina	amp		Pelidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp	01	Propofol 1%, 20ml	amp	01
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Dinorol	amp		Soro Fisiológico 0.9%, 500ml	fr	02
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Dormonid 15mg/3ml	amp	01	Soro Ringer c/ lactado	fr	
Etoril 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Enflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Fenergam 50mg	amp		Tionembutal	fr	
Fentanil	fr	01	Transamin	amp	
Halotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	01
Haloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Ketalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Mefenagim	amp				
Naloxona	amp				
Neocaina c/ vaso	amp	01			
Neocaina pesada	amp				
Neocaina s/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Alcocalh n° 18°	un	01	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha descart. 25x07/40x12	un	02/02	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha p/ raque n°	un		Algodão s/ agulha n°	env	
Algodão ortopédico	metro	02	Algodão s/ agulha n°	env	
Atadura de crepom tam.	rolo	05	Cat.gut simples c/ agulha n°	env	
Atadura gessada tam.	rolo	02	Cat.gut simples c/ agulha n°	env	
Crano de tórax	un		Cat.gut Crom. c/ agulha n°	env	
Dreno penrose	un		Cat.gut Crom. c/ agulha n°	env	
Equipo p/ macrogotas	un		Mononylon n° 4-0	env	01
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon n°	env	
Lâmina p/ bisturi n° 24°	un	01	Prolene n°	env	
Luva etêrtil n° 7.5/7	par	04/01	Prolene n°	env	
Luva p/ proced. n° M	par	10	Vicryl n° 2-0	env	01
Scalp n°	un		Vicryl n°	env	
Sonda Foley 2 vias n°	un				
Sonda Foley 3 vias n°	un				
Sonda nasogástrica n°	un				
Sonda vesical simples n°	un		02	mm3	
Colelór de urina	un		Seringa 10ml/5ml		02/02
Clamp umbilical	un		Excavos		03
			Electrodo		01
			Cateter		01

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☐ NÃO ☒

QUAL O MATERIAL USADO? _____

FEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA? _____

ASSINATURA / CARIMBO: Adinara

DATA: 12/10/17

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	José Carlos Pereira Nunes	REG:	ENF:	20	LEITO:	03
D/HR						
11/05/17	Paciente J. C. P. N., 49 a., O, Pré-operatório de pátula					
Fisioterapia	estilóide radial com luxação humeral. Paciente encontra-se					
	fático, colaborativo, a.a.a. PA = 130 x 110 mmHg / 130 x 100					
	mmHg; FC = 84 bpm / 85 bpm; FR = 15 rpm / 16 rpm; AP = NV					
	SIR. A. AHT. AC = BCR Normofonética 2T s/s. Condutas:					
	Foi realizado exercícios respiratórios (exercício de inspiração					
	máxima sustentada e solucos inspiratórios). Foi realizado					
	fisioterapia motora em MMII com exercícios ativo-amplitude					
	e exercícios isométricos. Também foi realizada mobilização					
	articular em MMSS D. Atendimento ocorreu sem intercorrências.					
	Acd: Samara Telis Araújo					
	Guilherme Bastiani					
	Fisioterapeuta					
	82007-5					
03/05/17	Pac. J. C. P. N., 49 anos, O, Pós-Op de Enclava estilóide					
Fisioterapia	radial; Pac. encontra-se acordado, fático, colaborativo,					
09:40	colaborativo; SSUV = AC = BC normofonética em 2T, AP:					
Ematol	AA MV+ em MTX sem A. PA = 160 x 80 mmHg, FC =					
	89 bpm, FR = 20 rpm, SaO ₂ = 97%; CR = 7ml/min					
	Exercícios de força; Exercícios metabólicos; O condi-					
	mento ocorreu sem intercorrências. Acd: Emilly Lima					
	no Santos					

JESSICA DA ROCHA
FISIOTERAPEUTA
180.029 - F

SEÇÃO DE REGISTRO
03-05-2017 15:12 165471 14

SEMPERPARADO LIDER MONTES 04-011-2017-1512-165472-14
KOBOMARUA | Delo de Vasco
KOB. 1.55C

Findaiezo

Phone: (86) 3323-7188

CEP: 64216-470 - PARMA/PA

05/03/1968

POV. VERMELHA, O - .
CARAUBAS DO PIÁUI/PA

Paciente: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Nº DO ATENDIMENTO: 1012094
IDADE: 49 ANOS, 2 MESES, 30
FIM: 027
LEITO: 2716

Prescrição Médica	Horário de Medicação	Quant	Evolução Médica
Data			

Horário de Medicação

ଉତ୍ତର

EvoMédica

① Dietm Mike

② SF 0.9j 1000 ml EV / 24h PNA v1

(3) $\Delta_{\text{max}} \approx 6/64 \sin$

⑦ Volkan Ölçüp EN 12116a Sıkı

CCGC SW

(negative)

all: 0 fortius etc

10/1/91
10/1/91
10/1/91

2019 of the same & returning
 2020 leave. Aug 11
 2021 day with day of

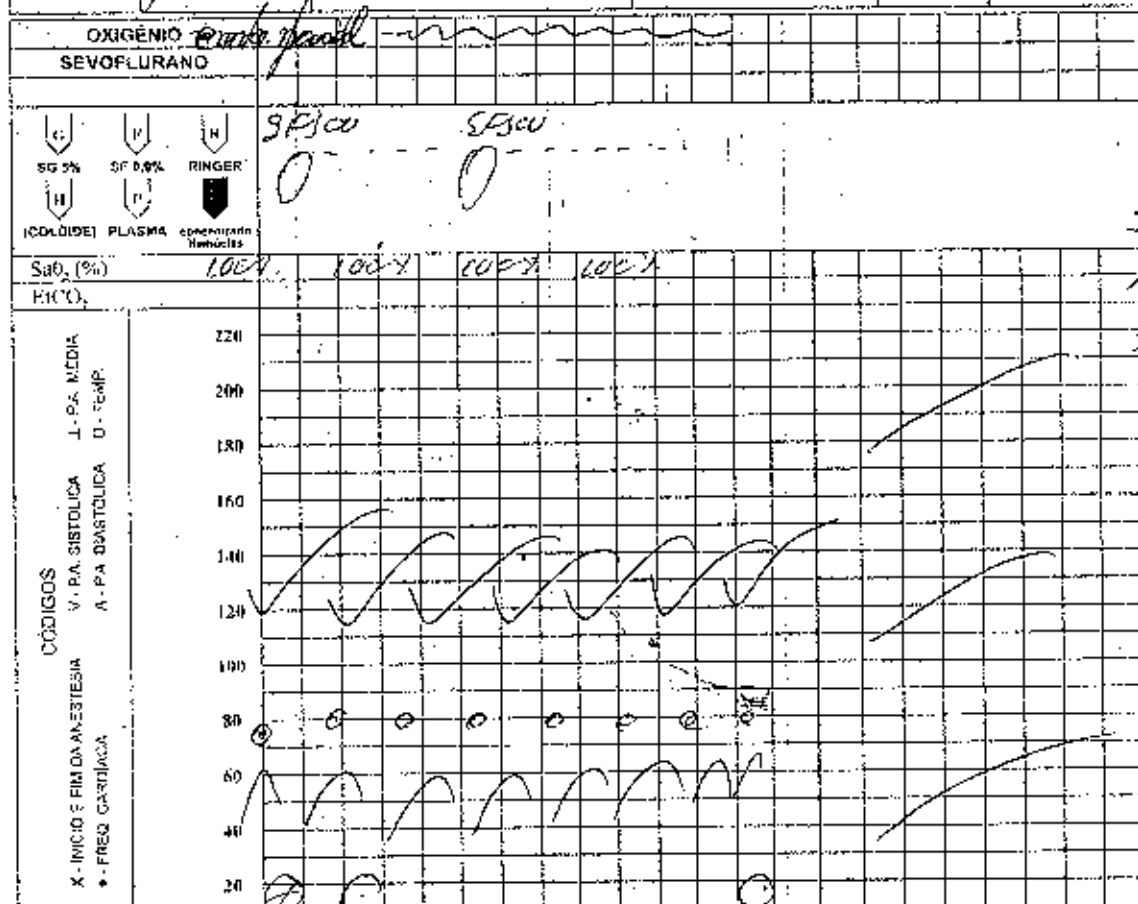
Dr. Da Silva Pereira Santos
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Mão e Plástico

1. MU-PI 12345

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA:	SALA:
PRONTUÁRIO:	

PACIENTE: <i>Carla Paula Pereira Nunes</i>	IDADE:	DATA DE NASC:	PESO:	SEXO:
PROCEDIMENTO: <i>Redução Cirúrgica de fratura de punho E</i>	ESTADO FÍSICO ASA:			
PRESSÃO ARTERIAL: <i>110 x 70</i>	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:
HEMOGLOBINA:	HEMATOCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	CREATININA:
OUTROS:				



SEQUÊNCIA
Dormipon 5
Fentanyl 10
Midazolam 95 x 15.8 clu
+ EL 51V
Xilometazolin 27.158 clu
EL 51V
AD 10.2
Dexametasona 1
Propofol 100

SÍMBOLOS	INÍCIO	FIM
DIURSE	DURAÇÃO	

Técnica Anestésica: *Plano de plano local E GKA*
Observações: *manej + sedação moderada*
*100% oxigênio de Procedimento com in-
suficiência Fm no PPA de full saturação
em oxigênio*

☐ ECG	☐ PVC	☐ Oxigênio	☐
☐ PAM	☐ PANI	☐ Capnógrafo	☐
GASES	U/min	Início	Fim
Oxigênio			
Ar Medicinal			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dupantina	Amp	Neostigmina	Amp	Renifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormipon	Amp	Nipride	Amp	Ramifina	Amp
Agua. Est. 10ml	Amp	Elenil	Amp	Nordrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Capro / 10mg	Fras	Eladina	Amp	Nesocina 0.5% pesada	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolin 1g	Amp	Penumil (sicos)	Amp	Nesocina 0.5% leve	Amp	S. Fisilog. 11.9%	Fras
Clonitina	Amp	Penumil (fmsco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. glicosado 5%	Fras
Coláide ()	Fras	Sevoflurano	MI	Pancuronio	Amp	Atrocurio	Amp
Dexametasona	Amp	Hydrocortisona	Fras	Profenid	Amp	Trasimpon	Amp
Diazepam	Amp	Isotulcano	MI	Propofol	Fras	Novalup 0.5% v	Fras
Dimorf	Amp	Mupitina	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metomidazol	Fras	Quelicin	Fras		
Doxetamina	Amp	Narcur	Amp	Quetazina	Fras		

[Assinatura]
Anestesiologista - CRM

LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE:	Jose Carlos Pereira		IDADE:	DATA DE NASC:	
DIAGNÓSTICO:	Fratura exposta de pulso		OPERAÇÃO:		
DATA:	12/05/17		INTERVENÇÃO:		
CIRURGIÃO:	Doutor Marcos		AUXILIARES:	Wson	
ANESTESISTA:					
PRÉ-MEDICAÇÃO:					
INTERVENÇÃO: INÍCIO	TÉRMINO		DURAÇÃO		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO (TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)					
1) Bloqueio de Plexo Braquial em + volume 2) Lavagem em água em 3) Aspiração + limpeza + tempor 4) Lavagem dorsal distal em pulso em 5) redução do conteúdo 6) fixação com fio de K 7) sutura + curativo + Tala 8) paciente vai bem para alta de recuperação					
Dr. Deodato Narciso Ortopedia e Traumatologia CRM 10748 Rég. 14.858					

SEH/2017 LINEX 0001 MS 04-01-2017 15:12 165474 1/1



AValiação DO RISCO DE QUEDAS

NOME: Frederico Parra Nunes DN: 19/03/62 DATA DA ADMISSÃO: 08/05/12
CLÍNICA: Ortopedia ENF./LEITO: COPE HORÁRIO: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
() <u>Paralisia completa ou imobilização completa</u> (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implimente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com <u>história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão</u> . Implimente intervenções de <u>alto risco</u> de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou <u>uma queda durante a internação atual</u> . Implimente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de <u>alto risco de queda</u> de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implimente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é							
Idade (selecione apenas uma opção)							
() 60-69 anos (1 ponto)							
() 70-79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)							
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)							
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (selecione apenas um opção)							
() Um equipamento (1 ponto)							
() Dois equipamentos (2 pontos)							
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)							
Cognição: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)							

SEÇÃO DE LIGER PRATIS 04-OUT-2017 15:12 165475 V1

Somatória dos pontos

Baixo risco: escore de 0-5 pontos.

Risco moderado: escore de 6-13 pontos.

Alto risco: escore > 13 pontos.



MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO:

BAIXO RISCO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro	08/05	/	/	/	/	/
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes	X					
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	X					
MEDIDAS MODERADO E ALTO RISCO						
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem						
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta						
Manter a grades da cama elevadas durante todo o período.						
Manter a grade da Cama elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito						
Orientar necessidade de acompanhante.						
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.						
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante						
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições						
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.						

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestiários e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

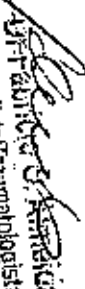
Observação: O paciente e acompanhante devem

DATA	AVALIAÇÃO	PACIENTE/ ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)
08.05.17	1ª	X	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
	5ª		
	6ª		
	7ª		

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.



CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:	DATA: 10/05/2017	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE DIPRIKONA 1 AMP + AD 1 AMP IV 6/6 HS S/N VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N TRAMAL 01 AMP EV DE 12/12H 5N S VITAIS 6/6HS			FRATURA ESTILOIDE RADIAL COM LUXACAO SEMILUNAR PRE OP: OK AGUARDA CIRURGIA
 Dr. Jose Carlos Pereira Ortopedista/Traumatologista CRMPI 2872 - TEOT 8588			
HEDA		Nº DO PRONTUÁRIO: 48-03	
JOSE CARLOS PEREIRA		Nº FI 5-3	

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA:11/05/2017

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

DIPRIRONA 1 AMP + AD 1 AMP IV 6/6 HS S/M
VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/D
TRAMMAL 01 AMP EV DE 12/12H SN
S VITALS 6/6HS

FRATURA ESTILOIDE RADIAL COM LUXACAO

SEMILUNAR

PRE OP: OK

CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ



JOSE CARLOS PEREIRA

Nº DO PROPRIETÁRIO:

ME

Vitor Carnelle
Orcutt - 11/11/2019
CRA - 11/11/2019

09

OW

~~Dr. Cesar P. Echazares Jr.
Orthopedic Traumatologist
CRN 3384 / TEL 9846~~

PIEDA

Of. Asses. Pol. G. S.



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE**

RAIO X
DATA: 29/05/17
ASSINATURA: [Signature]

FICHA DE RETORNO CIRURGICO ORTOPEDICO - AMBULATORIAL

NOME: JOÃO C. P. M. NUNES

CIRURGIA: Lux. Semelhante a Fract. do lado direito (E)

MÉDICO: Dr. Vitor

DATA: 12.05.13 (cirurgia em 12.05.13)

ORIENTAÇÃO: Ambulatorio Dr. Vitor 7:00hs. 01/05/17 -> 12.C

DATA: 1/1/1

Dr. Vitor
Ortopedia Traumatologia
CRM 3354

DATA: 1/1/1

ORIENTAÇÃO: Retorno: 29.06.17 -> 12.C

ORIENTAÇÃO: 27.07.17 VER A.D.M.

PROFISSIONAL ORTOPÉDICO



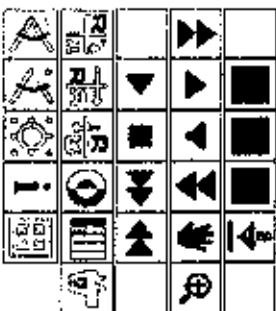
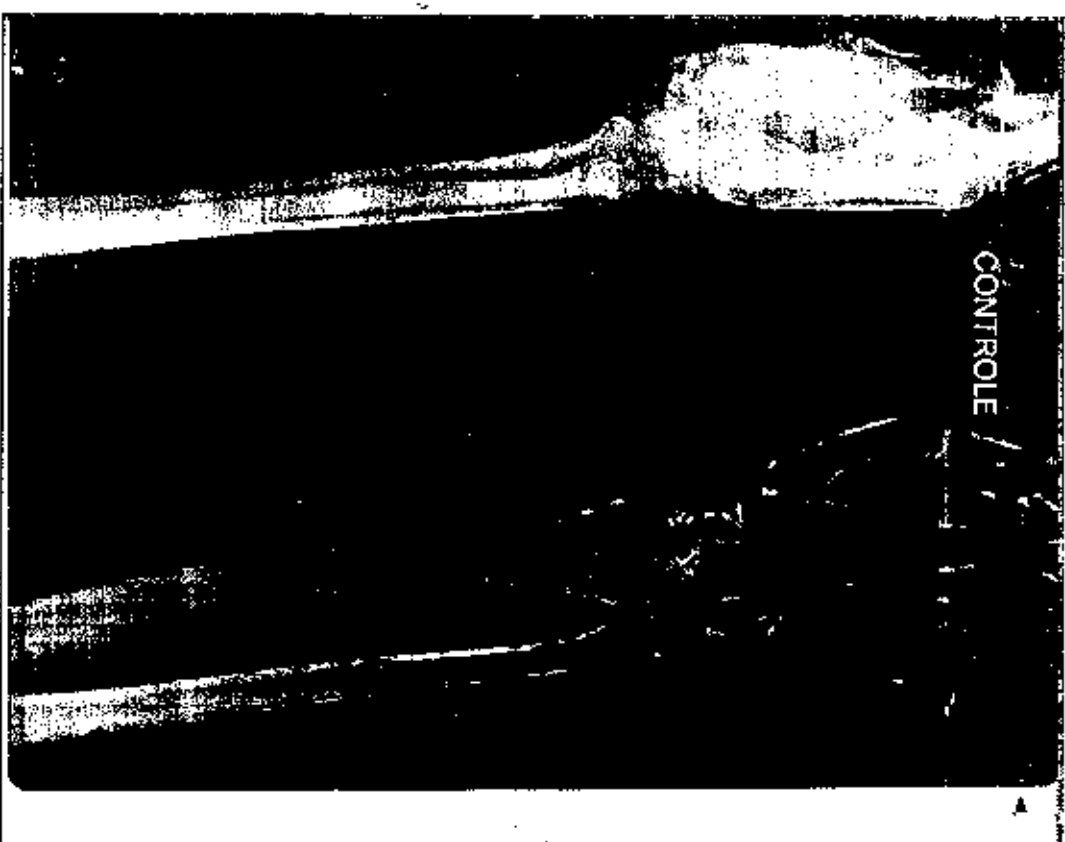
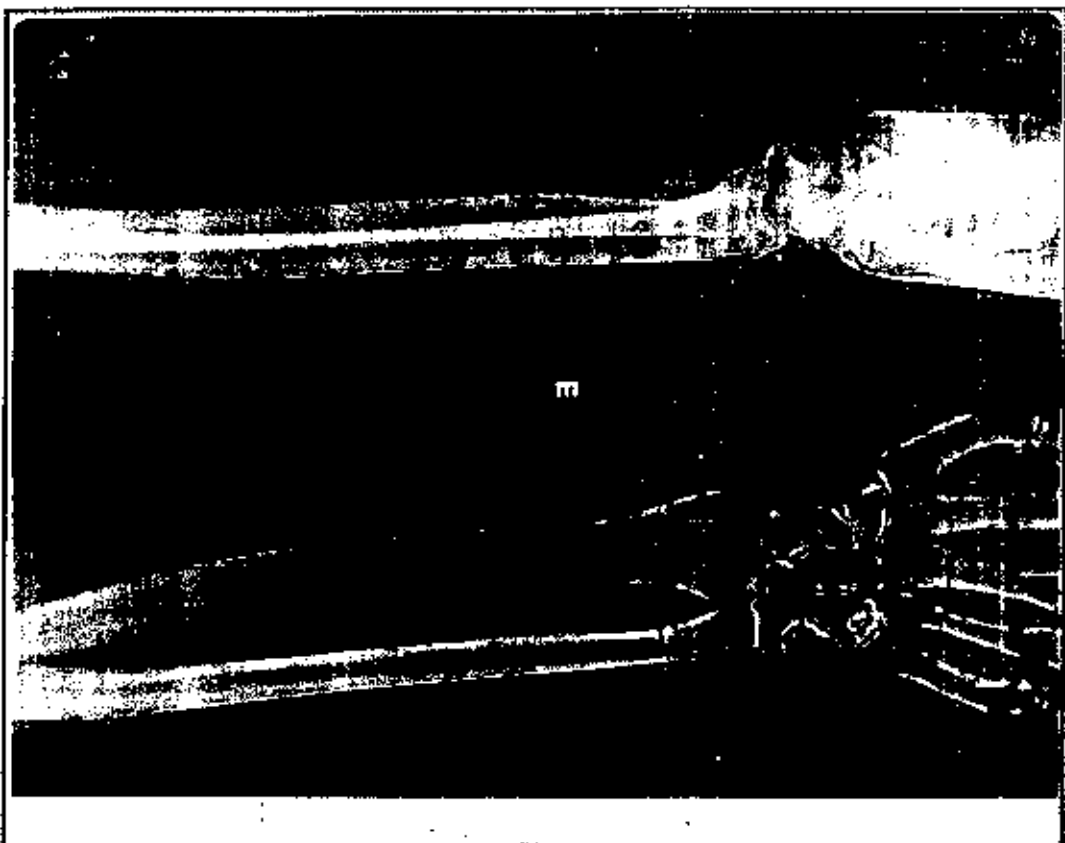
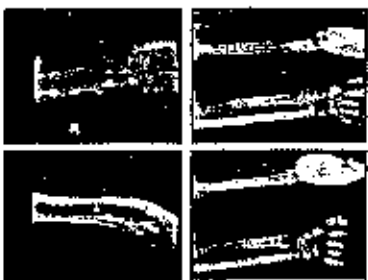
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

ID do Paciente: P0174404

Estudo: 1000-20813437300
Estudatura:

Section Description

4. *Ulysses*



Paciente: José Carlos PEREIRA NUNES

LAUDO MÉDICO AO DPVAT

Paciente sofreu Acidente de Trânsito em 08/05/2017, com Traumatismo em mão E avaliada com deformidade, Inchaço e dor. RTOX - LUXAÇÃO DO SEMIPLAR + FRATURA DO Estilóide da Ulna. Submetido a redução aberta e Fixador Externo de Colles por 75 dias. Alta Clínica Definitiva, perda de função de 75% em punho Esquerdo, devido a sequelas de punho rígido, dor à apreensão, hipotonia Tenar, deformidade radial do punho. perda de força +++/4+.

Dr. Felipe Machado
Ortopedista / Médico do Trabalho
CRM-PI 3658 / TEO 10576

29/01/18

Felipe Machado

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Chucho de Reboreto, 168 Loja 6
Centro - Norte CEP: 64.089-76



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
END.: RUA MIRETO PORTELA, 74 - CENTRO
CNPJ: 025347600001-04 / FONE: (86) 3333-0048
E-mail: smscaraubasdpi@hotmail.com



DECLARAÇÃO

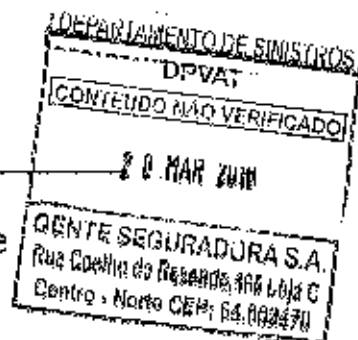
Declaro para os devidos fins de direito que, JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES, portador do RG nº: 2.013.113 SSP/PI e CPF: 373.532.333-20, domiciliado no povoado Vermelha, S/N, B-Rural, Caraúbas do Piauí – PI, foi vítima de acidente de trânsito no dia 08/05/2017 às 11hs30min, sendo socorrido por um veículo que presta serviço a secretaria de saúde deste município e encaminhado ao (HEDA) Hospital Estadual Dirceu Arcoverde em Parnaíba-PI.

Por ser a expressão da verdade, assumido inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para produza seus efeitos legais.

Caraúbas do Piauí (PI), 08 de maio de 2017.

ANDREIA DE BRITO ROCHA
047.883.713-0
3m. Mun. de Saúde - CARAÚBAS DO PIAUÍ
FONE: 3333-0048

Andreia de Brito Rocha
Secretária Municipal de Saúde



RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIÁRIA, PARNALISA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564019593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P0174404
Data: 08/05/2017
Funcionário: SIMONE
Registro: 112848
Hora: 13:06:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 5

SUS

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nasc.: 09/03/1968 Idade: 49 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS Profissão:
End.: POV. VERMELHA, 0 - Bairro:
IBGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: FRANCISCA PEREIRA NUNES

CPE: - RG: - SUS:

Cidade: CARAUBAS DO PIAUI/PI
Tel.: () - (86) 9819-27060
Civil: CEP: 64233

Clinica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 527 - BRISA FIDELIS GANDARA
Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

08/05/2017 13:05 0303050061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM CORTE

Exame clínico/físico:

Pele normal de tonação maduro-chá.

Diagnóstico provável:

com perda de consciência,
hematomas em face e
braço, com lesão na face e

Medicação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2018

Procedimentos realizados:

COMPANHIA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 480, Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Avaliação Ortopédica

Dr. Bruno de Castro - Especialista
MÉDICO
CRM - 10551
Ass. Técnico

A cirurgia ? ? ?

Deficiência no pulso (E)

Px: lesões similares a Rotura do ligamento

articular.

Assinatura
08/05/2017

RAIO X

DATA: 08-05-17

ASSINATURA

Indicação p cirurgia

AS 17:20h: Paciente refere que os dentes estão
com dor, apresenta ferimento na face e
em pulso (E)

CP: - Realizar a Sutura

Avaliação do Bico Maxilar

Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Dr. Bruno de Castro - Especialista

MÉDICO
CRM - 10551

527 - BRISA FIDELIS GANDARA

Atendimento	1012094
Data:	08/05/2017
Hora:	18:09

HOSPITAL ESTADUAL CIRCEO ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1660
PARNAIBA/PI

IV A
SIMON

BOLETIM DE ADMISSÃO

112848 - JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

- Sexo: MASCULINO - 09/03/1968 - 49 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027- CORREDOR Leito: 2716 Convênio: SUS

Escolaridade: - Médico: 3611 - ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO
CPF: RG: C/N: SIS Prenatal:

Endereço: PCV. VERMELHA, Nº 0 - CEP: 64233-000

Cidade: 2292539- CARAUBAS DO PIAUI/PI Profissão: Bairro: Telefone: () -

Pai: Mãe: FRANCISCA PEREIRA NUNES

Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES - () -- O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Fratura aberta do punho esquerdo

Resultado:

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pecido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Óbito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

*Fratura de apáfia ulnárea aberta
+ luxação volar do semilunar do
punho (E).*

Diagnóstico Provável

luxação semilunar

DEPARTAMENTO DE SIM
DPVAT
COLHEITA NÃO EFETUADA
28 MAR 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 665 Loja C
Cidade - Maceió - AL - 57002-700
Dr. Dadeia
CNPJ 06.914.513/0001-03
Data 14.05.18

ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

6 - Nº DO PASSAPORTE
112645

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
08/03/1968

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/03/1968

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
FRANCISCA PEREIRA NUNES

11 - TELEFONE DE CONTATO
(80) 9819-27060

12 - ENDEREÇO
POV. VERMELHA 01

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CARAUBAS DO PIAUÍ

14 - COD. IGGE MUNICÍPIO
2202539

15 - UF
PI

16 - CEP
64233-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

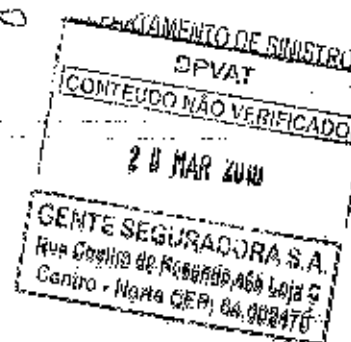
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Anorexia com aumento do peso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Tumor maligno do PÂNCREAS S630

21 - CID PRINCIPAL
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Intenso

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0108020458

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
001125

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Doutor

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/05/2017

32 - ASS. E CARIMBO(S) DO EMISSOR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - CNPJ EMPRESA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔ

ASSINATURAS E CARIMBOS

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Dra. Carina Alves Nery

44 - DOCUMENTO
CRM 123456

45 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL
001125

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
10/05/2017

47 - ASS. E CARIMBO(S)

48 - ASS. E CARIMBO(S)

49 - ASS. E CARIMBO(S)

50 - ASS. E CARIMBO(S)

51 - ASS. E CARIMBO(S)

52 - ASS. E CARIMBO(S)

53 - ASS. E CARIMBO(S)

54 - ASS. E CARIMBO(S)

55 - ASS. E CARIMBO(S)

56 - ASS. E CARIMBO(S)

57 - ASS. E CARIMBO(S)

58 - ASS. E CARIMBO(S)

59 - ASS. E CARIMBO(S)

60 - ASS. E CARIMBO(S)

61 - ASS. E CARIMBO(S)

62 - ASS. E CARIMBO(S)

63 - ASS. E CARIMBO(S)

64 - ASS. E CARIMBO(S)

65 - ASS. E CARIMBO(S)

66 - ASS. E CARIMBO(S)

67 - ASS. E CARIMBO(S)

68 - ASS. E CARIMBO(S)

69 - ASS. E CARIMBO(S)

70 - ASS. E CARIMBO(S)

71 - ASS. E CARIMBO(S)

72 - ASS. E CARIMBO(S)

73 - ASS. E CARIMBO(S)

74 - ASS. E CARIMBO(S)

75 - ASS. E CARIMBO(S)

76 - ASS. E CARIMBO(S)

77 - ASS. E CARIMBO(S)

78 - ASS. E CARIMBO(S)

79 - ASS. E CARIMBO(S)

80 - ASS. E CARIMBO(S)

81 - ASS. E CARIMBO(S)

82 - ASS. E CARIMBO(S)

83 - ASS. E CARIMBO(S)

84 - ASS. E CARIMBO(S)

85 - ASS. E CARIMBO(S)

86 - ASS. E CARIMBO(S)

87 - ASS. E CARIMBO(S)

88 - ASS. E CARIMBO(S)

89 - ASS. E CARIMBO(S)

90 - ASS. E CARIMBO(S)

91 - ASS. E CARIMBO(S)

92 - ASS. E CARIMBO(S)

93 - ASS. E CARIMBO(S)

94 - ASS. E CARIMBO(S)

95 - ASS. E CARIMBO(S)

96 - ASS. E CARIMBO(S)

97 - ASS. E CARIMBO(S)

98 - ASS. E CARIMBO(S)

99 - ASS. E CARIMBO(S)

100 - ASS. E CARIMBO(S)

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: José Carlos Pereira Nunes 49 anos

DATA: 12/05/2017 HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA: 16:45

ALERGIA: Não

QUIRURGIA REALIZADA: Exatoma Luchasso de Panto

TIPO DE ANESTESIA: Biquinho + Sedação

INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATORIAS:

UNIDADES VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	75'	90'	105'	120'	SÁTIM
FA	16/50 mmHg	16/45 mmHg	16/45 mmHg	16/45 mmHg						
FC - PULSO	97 bpm	97 bpm	97 bpm	97 bpm						
TEMPERATURA	36,5 °C	36,5 °C	36,5 °C	36,5 °C						
OXIMETRIA	97%	97%	97%	97%						
FRQ. RESPIRATORIA	20 rpm	20 rpm	20 rpm	20 rpm						

Escala de Aldrete e Kroulik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'	SÁTIM
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Responde ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	2	2	2	2		2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimento = 0	1	1	1	2		2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Espirada, diáfragma = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2		2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 25 - 40% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2	2		2
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em U = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em U = 0	2	2	2	2		2
TOTAL DE PONTOS APTO A SAIR: 8 A 10 PONTOS	9	9	9	10		10

Air da SRPA com 10 pontos, às 17:45 horas. Anestesiologista:

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
(Dor Média)	(Dor Média)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestesia regional: Raqui-epidural ou Anestesia Peridural)

Parâmetro	Valor
Sem movimento motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé	2
Vão poder mover o pé ou joelho	3

Admission:

Necessidades	Características	Observação
Necessidades nutricionais	Comportamento: ☒ calmo; () agitado; () agressivo; () apático. Nível de consciência: ☒ acordado; () sonolento; () inconsciente; () semiente. Dor: ☒ ausente; () presente. Local:	34 : 45
Necessidade respiratória	Tórax: ☒ perfuro; () parcialmente obstruída AP: () MV +; () roncocal; () sibibil; () estertores. Nível ventilatório: () Traqueostomia; () Intubação traqueal; () Oxigenoterapia por máscara de Venturi; () Oxigenoterapia por cateter de O2 () ambiente.	
Necessidade cardiovascular	PC: ☒ normal; 94 bpm; () bradicardia; bpm; () taquicardia; bpm.	
Necessidades gastrointestinais	() SNG; () SNE; () Gastrostomia; () Jejunostomia; () Ostomia Náuseas: ☒ ausente; () presente Vômitos: ☒ ausente; () presente. Abdome: ☒ plano; () distendido; () flácido; () distendido; Diárese: () ausente; () espontânea; () SVA; () SVD.	
Necessidades renais	() Hidratado; () Desidratado; () Curado; () Heterico; () Heterizado.	
Necessidades tegumentares	Aréola: ☒ AVP; () dissecação venosa; () punção jugular; () punção de subclávia.	
Lesão cirúrgica	(X) Limpa; () Parcialmente entubada de sangue; () Totalmente entubada em sangue. Dreno: () Furado; () Heterico; () sucção.	

References

Intervenções de enfermagem para a RSCA Data: 10/05/2014

[illegible]

Unidades de área de S3PA:

Estado de vigília	() acordado; () sonolento; () lícido; () somnolento.
Nível ventilatório	() traqueostomia; () intubação traqueal; () oxigenoterapia por máscara de Venturi; () oxigenoterapia por cateter de 32; () ar ambiente.
Curativo	
Dreno	Tipo: Observação:
Diálise	() espontânea; () SVA; () SVD.
Perfusão	() roupa; () joia; () prótese dentária; () outros.
Responsável	

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTO-SOLÁRIO 112.948

PACIENTE: 1012094 JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

ENF/LEITO: 027/2716

INÍCIO: _____ HORA: _____

TÉRMINO: _____ HORA: _____

DURAÇÃO: _____

CIRURGIÃO: Roberto CirurgiãoCIRURGIÃO: Roberto1º AUXILIAR: OdeteANESTESISTA: Adriana

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Acufenina	amp		Odlocina	amp	
Agua clor 10ml	amp		Pancurônio	amp	
Atropina	amp	01	Patidina 50mg/2ml	amp	
Clopropomazina	amp		Prasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp		Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp	01	Prostigmina	amp	01
Eflonon	amp		Soro Fisiológico 0.9%, 500ml	tr	
Etopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	tr	02
Etomidato 15mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactado	tr	
Etoral 10mg/1ml	amp	01	Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Entorano	ml		Suxametônio 100mg	tr	
Energam 50mg	amp		Tionembutal	tr	
Fentanyl	tr	01	Transamin	amp	
Flutafano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	tr	
Haloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	tr	01
Keclor	tr		Xilocaina 5% (pesada)	tr	
Ketalar	amp				
Maloxona	amp				
Nedocaina c/ vaso	amp				
Nedocaina pesada	amp	01			
Nedocaina s/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocari nº 12	un	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x07/40x12	un	02/02	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ traque nº	un		Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	meto	02	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão de propum tam.	rolu	05	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Algodão gaseado tam.	rolu	02	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Bronco de torax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Bronco penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equip. p/ microscópio	un		Mononylon nº	env	01
Equip. p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 24	un	01	Prolene nº	env	
Lupa estéril nº 7.5/7	par	04/01	Prolene nº	env	
Lupa p/ proced. nº M	par	10	Vicryl nº	env	01
Escap. nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda Foley 2 vias nº	un				
Sonda Foley 3 vias nº	un				
Sonda nasogástrica nº	un				
Sonda vesical simples nº	un				
Coleto. de urina	un				
Cisap. umbilical	un				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE?

SIM ☐NÃO ☒

QUAL O MATERIAL USADO?

FEZ BIÓPSIA?

SIM ☐NÃO ☒

QUE PEÇA?

ASSINATURA/ CARIMBO

Adriana

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Cosme de Almeida, 405 Loja B
 Centro - Norte CEP: 64.092-479

DATA: 12.10.17

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME: José Carlos Pereira Nunes REG: ENF: 10 LEITO: 03

11/05/17 Paciente J. C. P. N., 49 a., O, Pré-operatório de fratura
 fratura de rádio com luxação humeral. Paciente encontra-se
 físico, colaborativo, a.a.a. PA = 130 x 110 mmHg / 80 x 60
 mmHg; FC = 84 bpm / 85 bpm; FR = 15 rpm / 16 rpm. AP: NVG
 S/R: A. AHT. AC = BCR Normofonética 2T s/s. Condutas:
 Foi realizado exercícios respiratórios (exercício de inspiração
 máxima sustentada e alguns inspiratórios). Foi realizado
 fisioterapia motora em MMSS com exercícios ativo, amido
 e exercícios isométricos. Também foi realizado mobilizações
 articulares em MMSS D. Atendimento ocorreu com intervenções
 Ad: Jussara Telis Araújo

13/05/17 Pac. J. C. P. N., 49 anos, O, Pós-Op de fratura rádio de
 fratura de rádio: Pac. encontra-se acordado, físico, colaborativo,
 físico, colaborativo. SSVV = AC = BC normofonética em 2T, AP:
 AA MV + em MTX com A. PA = 160 x 80 mmHg. FC =
 84 bpm, FR = 20 rpm, $SpO_2 = 97\%$. CR: Frase para
 inalação de força, Exercícios metabólicos, O atendimento
 ocorreu com intervenções. Ad: Jussara Telis Araújo

ESSICA DDA RODRIGUES
 FISIOTERAPEUTA
 180.076 - P

ALVAMENTO DE SINISTRO
 DPVAT
 20/05/2017 VERIFICADO

20 MAR 2017

GENE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
 Curitiba - PR - CEP: 81.419-70



Handwritten signature

RUE RODRIGUES CORREIA, 1.637 - FLORESTA
FONE: (85) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNABAI/PI

Data de Nascimento: 09/03/1968

Endereço: RUA VERMELHA, 0 -
CARUBAS DO PIADU/PI

Paciente: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES Nº DO ATENDIMENTO: 101283

Data: Prescrição Médica

① DIETA LIVRE

② SF O93 1000 ml EV / 24h PM V1

③ Diurético O1 sup 1000 2x 6/6h SIV

④ Voltaren O1 sup 1200 2x 6/6h SIV

⑤ CEC SIV

DEPARTAMENTO DE EXAMES
DEPARTAMENTO DE EXAMES
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
20 MARÇO 1968
GENTE SEGURADORA S.A.
RUA CHILENO DE RIBEIRO, 200 - JARDIM
Centro - Niterói - RJ

Horário de Atendimento: 101283

Quantidade: 2 MESES, 30

Evolução Médica: FNE: 027 CAPP: 2716

Diagnóstico: Hipertensão arterial

Tratamento: Fec com medicação

Observações: Paciente com sintomas de

(medicamentos)

de: ① Jatores TC

② Egan, ABO TC

③ dos exames de

ORtopedia

Handwritten signature

Dr. Valdemar A. Santos
Médico - Internista
Rua da Paz, 100 - JARDIM
101283

DATA:	DATE:
SIGNATURE:	

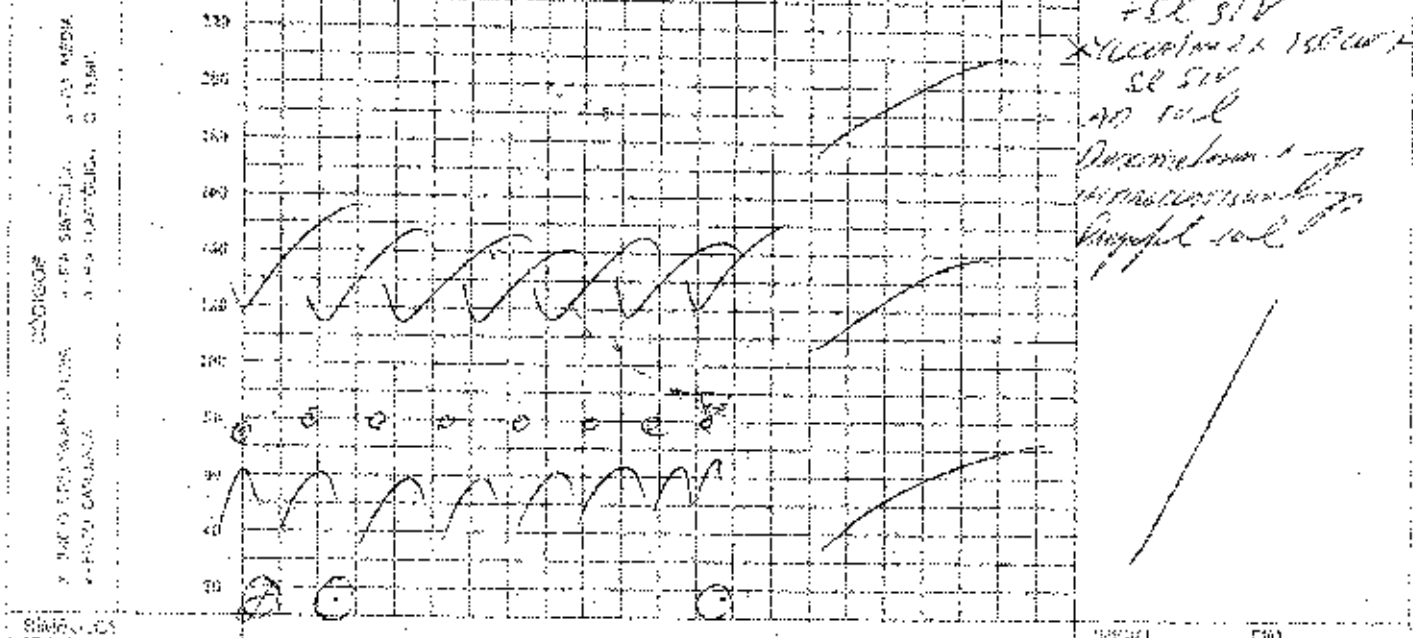
PACIENTE	Idade	DATA DE NASC	PIUSO	SEXO
PROBLEMA PRINCIPAL	ESTADO FISIOLÓGICA			
PROBLEMA ANTERIOR	PROBABILIDADE	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
PROBLEMA OUTRO	DIETETICA	URINA	ORFATOLOGIA	

[illegible]




 SP/PCO SP/PCO
 0 0
 (SOLICIT) M. 1344- 12. 1344- 12. 1344-
 1344- 1344- 1344-

SEQUÊNCIA
 1344- 1344- 1344-

[illegible]

Doc. Per. 34	Page	Page
Indirizzo: <i>Chiusa L. 1000 1000 1000</i>	DE RACIO	

Wohnung + Keller modernisiert
Vollständig für Besichtigung am im
Freitag von 14 bis 18 Uhr
anrufen.

[illegible]

DECLARACION DE SINDICATO
UNION

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

26 MAR 2015

[illegible]

CENTRO DE SEGURIDAD S.A.
 Ruta 2000 km 14, 465 Laja C
 Centro - Norte CE 784 2005 26

APPROVED: *[Signature]* 2034
AMBASSADOR - CDR



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



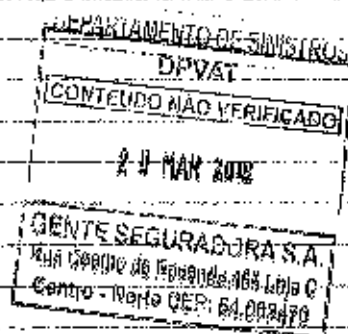
LAUDO CIRÚRGICO

PACIENTE:	José Carlos Pereira	IDADE:		DATA DE NASC:	/ /
DIAGNÓSTICO:	Intussuscepção de pâncreas	OPERAÇÃO:			
DATA:	12/05/17	INTERVENÇÃO:			
CIRURGIÃO:	Dr. João Manoel	AUXILIARES:	Urologia		
ANESTESISTA:					
PRÉ-MEDICAÇÃO:					
INTERVENÇÃO: INÍCIO:		TERMINO:		DURAÇÃO:	

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

- 1) Bloqueio de Pêlo Suprapúbico + resumo
- 2) Lavagem em Pêlo Suprapúbico
- 3) Abertura da cavidade e limpeza
- 4) Incisão dorsal distal em pâncreas
- 5) redução do conteúdo
- 6) Pincelamento com fio de K
- 7) sutura e limpeza e talo
- 8) Pâncreas vai bem sem sinais de ruptura

Dr. Dirceu Arcoverde
Diretor do Hospital
12/05/17
12h 15min

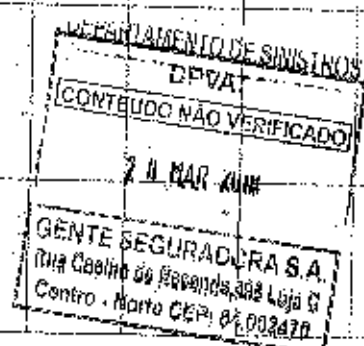


AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

NOME: Dr. Carlos Pereira Nunes DN: 09.03.62 DATA DA ADMISSÃO: 08.05.12
CLÍNICA: Ortopedia ENF./LEITO: 0092 HORÁRIO: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
() Paciente com paralisia ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completa, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período de internação.	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período de internação.	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.						
Idade (selecione apenas uma opção): () 60-69 anos (1 ponto) () 70-79 anos (2 pontos) () 80 anos e mais (3 pontos)						
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável): () Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)						
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção): () Incontinência (2 pontos) () Urgência ou aumento da frequência (2 pontos) () Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos) () Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos) () Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (3 pontos) () Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)						
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (selecione apenas um opção): () Um equipamento (1 ponto) () Dois equipamentos (2 pontos) () Três ou mais equipamentos (3 pontos)						
Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): () Marcha instável (2 pontos) () Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos) () Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)						
Cognição: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): () Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto) () Impulsividade (comportamento imprévisível ou arriscado) (2 pontos) () Falta de entendimento das suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)						



Somatória dos pontos

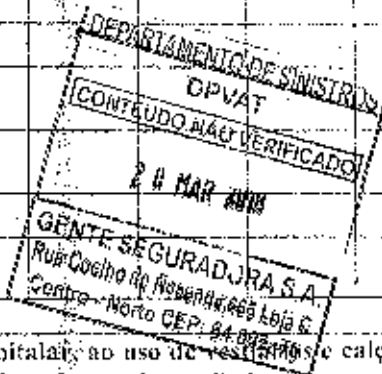
Baixo risco: escore de 0-5 pontos.

Risco moderado: escore de 6-13 pontos.

Alto risco: escore > 13 pontos.

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME COM RISCO

BAIXO RISCO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro	X						
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes							
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura	X						
MEDIDAS MODERADO E ALTO RISCO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devem ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta							
Mantiver a grades da cama elevadas durante todo o período.							
Mantiver a grade da Cama elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito							
Orientar necessidade de acompanhante.							
Mantiver ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições							
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com o enfermeiro.							



DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestimenta e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Observação: O paciente e acompanhante devem

DATA	AVALIAÇÃO	PACIENTE/ ACOMPANHANTE (Assinatura)	ENFERMEIRO (Assinatura)
04/05/17	1ª	X	
	2ª		
	3ª		
	4ª		
	5ª		
	6ª		
	7ª		

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.



CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 09/05/2017

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DETALHRE
SF 500ML IVf²

DIPIRIFONA 1 AMP - AD 1 AMP IV 6/6 HS S/N

VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N

TRAMAL 01 AMP EV DE 12/12H SN

S VITAIS 6/6HS

DEPARTAMENTO DE SIMISTROS
DEPAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
20 MAR AUM

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Copelhe de Rêy, 486 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.500-70

Dr. Osmar B. Linhares Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3354 / FORT 9845

HEDA

JOSE CARLOS PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FI

OCEM 1008

40

3

FRATURA ESTIÓIDE RADIAL COM LUXAÇÃO
SEMILINAR
PRE OP

Pré - fratura
Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

Pré - fratura

CLÍNICA ORTOFÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 10/05/2017

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

DIPRIRONA 1 AMP + AD 1 AMP IV 6/6 HS S/N

VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N

TRAMAL 01 AMP EV DE 12/12H SN

S VITAIS 6/6HS

[Assinatura]
 DR. F. L. M. S. S. S.
 ORTOPEDISTA
 CRM 2872 - TCO 8638

MEDA

JOSE CARLOS PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº M

40-03

53

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 SEU DADO NÃO VERIFICADO
 10 MAR 2017
 GENTE SEGURODORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

FRATURA ESTILOIDE RADIAL COM LUXACAO
 SEMILUNAR
 PRE OP: OK
 AGUARDA CIRURGIA

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 11/05/2017

DIETA LIVRE

DIPRIRONA 1 AMP + AD 1 AMP IV 6/6 HS S/M
VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/M
TRAMAL 01 AMP EV DE 12/12H SM
S VITAIS 6/6HS

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA ESTILOIDE RADIAL COM LUXAÇÃO
SEMILUNAR
PRE OP: OK
CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

MEDA

JOSE CARLOS PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº H.

05

03

Vitor Carreira
Ortopedista
CRM - 18178

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Cesar B. L. Moraes Jr.
Ortopedista Traumatologista
CRM 33564 / TEOR 9846

CE#: 64215-470 - PARALLEL/PI

37

POV. VERMELHA, D -
CARAÚBÁS DO PIAUI/P/

LETO: 2716

Evolutionary Entomology

16:00	De la bureau secondaire
-------	-------------------------

Almond 102.

new line of 500 ft in length

6/6/64

Stimulus + AD $\approx$ 8184. Ca

Volturno Camp Jan 12/126

Travel say about + 51921 no. 40 8/184.50

5974 + cc 68

DEPARTAMENTO DE SIMULACAO
DEPAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

2014年12月

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Cosme de Fátima, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

FEDA

Dr. João F. Lima

Piauí
GOV. DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ANCOVERDE

FICHA DE RETORNO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO - AMBULATORIAL

NOME:

CIRURGIA:

MÉDICO:

DATA:

ORIENTAÇÃO:

DATA:

ORIENTAÇÃO:



PROFISSIONAL ORTOPÉDICO



1000

Exercício do Estímulo 4000-110

12

in da' Patients: 10/1/64

इति श्री...

00174323, 00174324

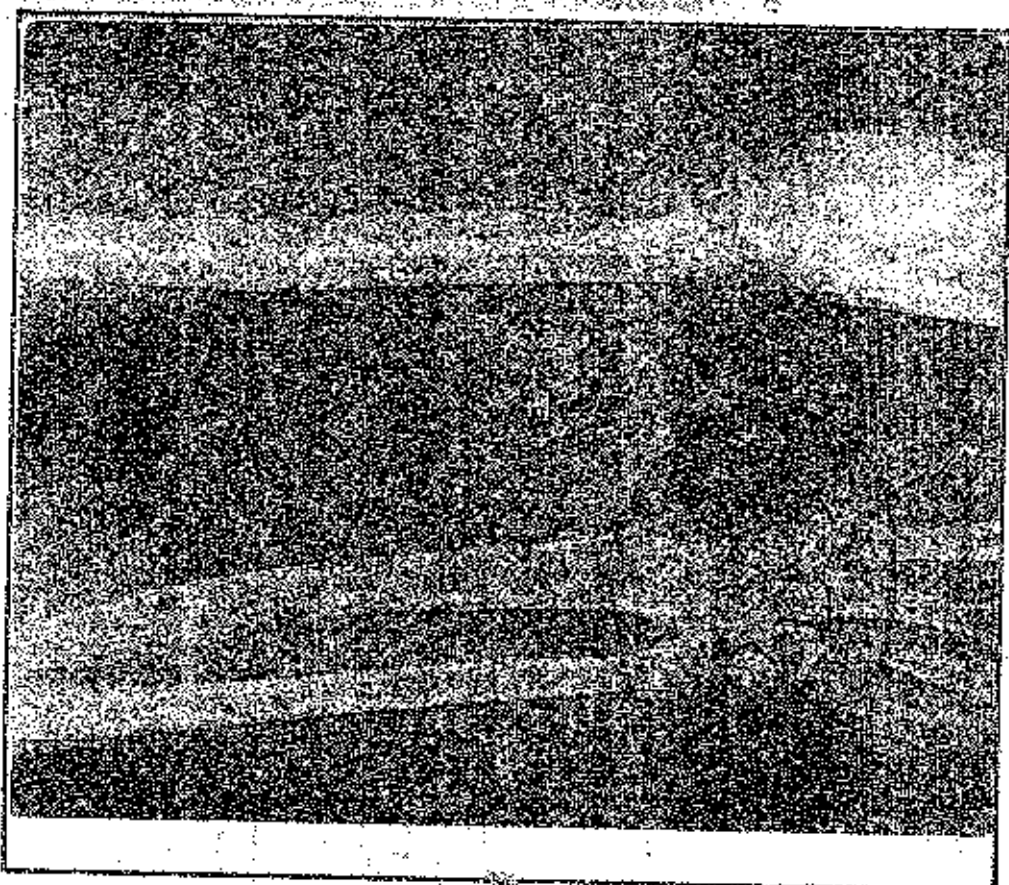
15658

THE

6

200

20

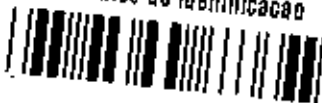


[CONTEUDO NAO VERIFICADO]

20 MAR 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Lencastre, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-479



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DISTRITO FEDERAL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 POLÍCIA CIVIL
 CPT - CÍVIL - IDENTIFICAÇÃO

02

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
 SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de inscrição
379 532 810-40

Nome
JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nascimento
 10/04/1952

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 2.013.113 DATA 10/04/2002

NOME JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

PAIS BRASIL

PAI FRANCISCO BALDUINO NUNES

MÃE FRANCISCA PEREIRA NUNES

Nº DE PASSAP. 10000000000000000000 DATA DE EMISSÃO 10/04/2002

ENDEREÇO C/ RUA 1751, 71-1234, LÍV. B-07, Esperantina, PI

CPF 379 532 810-40

LEI Nº 116 DE 21/06/65

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
CPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

02

POS. LUGAR DIREITO

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
373.532.333-20

Nome
JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nascimento
19/03/1968

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO
GERAL **2.013.113**

DATA DE
EXPIRAÇÃO **10/04/2002**

NOME **JOSE CARLOS PEREIRA NUNES**

NASCIMENTO
Francisco Salgueiro Nunes
Francisca Pereira Nunes

NACIONALIDADE
Buriti dos Lopes-PI

DATA DE NASCIMENTO
19/03/1968

DOC. ORDEM
C. Nasc. Nº 1961.Fis. 333.113-07
Esperantina-PI

CPF **373**

Assinatura

LEI Nº 118 DE 20/06/65

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GER: 64.662470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
CPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

02

POS. LUGAR DIREITO

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
373.532.333-20

Nome
JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nascimento
19/03/1968

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO
GERAL **2.013.113**

DATA DE
EXPIRAÇÃO **10/04/2002**

NOME **JOSE CARLOS PEREIRA NUNES**

NASCIMENTO
Francisco Salgueiro Nunes
Francisca Pereira Nunes

NACIONALIDADE
Buriti dos Lopes-PI

DATA DE NASCIMENTO
19/03/1968

DOC. ORDEM
C. Nasc. Nº 1961.Fis. 333.113-07
Esperantina-PI

CPF **373**

Assinatura

LEI Nº 118 DE 20/06/65

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GER: 64-662470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

808980453

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

NOME
VALDIR GOMES NUNES

DOC. ENTREGADOR(S) EMERGENTE(S)
2826907 SSP PI

CPF
040.652.233-26

DATA NASCIMENTO
29/08/1988

NACAO
VALDIR GOMES NUNES

COLEGIO
NUNES GOMES NUNES

PROFISSAO
ACI

SEXO
M

PAIS DE ORIGEM
BRASIL

PAIS DE NASCIMENTO
BRASIL

DATA DE NASCIMENTO
29/08/1988

HABILITADO P/ TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS
APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
SARAJEVA

DATA EMISSAO
03/10/2013

0809545515
F2312617918

DETRAN-PI (PIAUÍ)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VENCIDO

20 MAR 2014

GENTE SEGURAC. RA S.A.
Rua Euclides de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-479

BUT



CONTRAN		DENTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE	
DETRAN - F CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		DETRAN - F CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
01-02-87/3282		01-02-87/3282	
02-71-03-34		02-71-03-34	
03-21-03-34		03-21-03-34	
04-21-03-34		04-21-03-34	
05-21-03-34		05-21-03-34	
06-21-03-34		06-21-03-34	
07-21-03-34		07-21-03-34	
08-21-03-34		08-21-03-34	
09-21-03-34		09-21-03-34	
10-21-03-34		10-21-03-34	
11-21-03-34		11-21-03-34	
12-21-03-34		12-21-03-34	
13-21-03-34		13-21-03-34	
14-21-03-34		14-21-03-34	
15-21-03-34		15-21-03-34	
16-21-03-34		16-21-03-34	
17-21-03-34		17-21-03-34	
18-21-03-34		18-21-03-34	
19-21-03-34		19-21-03-34	
20-21-03-34		20-21-03-34	
21-21-03-34		21-21-03-34	
22-21-03-34		22-21-03-34	
23-21-03-34		23-21-03-34	
24-21-03-34		24-21-03-34	
25-21-03-34		25-21-03-34	
26-21-03-34		26-21-03-34	
27-21-03-34		27-21-03-34	
28-21-03-34		28-21-03-34	
29-21-03-34		29-21-03-34	
30-21-03-34		30-21-03-34	
31-21-03-34		31-21-03-34	
32-21-03-34		32-21-03-34	
33-21-03-34		33-21-03-34	
34-21-03-34		34-21-03-34	
35-21-03-34		35-21-03-34	
36-21-03-34		36-21-03-34	
37-21-03-34		37-21-03-34	
38-21-03-34		38-21-03-34	
39-21-03-34		39-21-03-34	
40-21-03-34		40-21-03-34	
41-21-03-34		41-21-03-34	
42-21-03-34		42-21-03-34	
43-21-03-34		43-21-03-34	
44-21-03-34		44-21-03-34	
45-21-03-34		45-21-03-34	
46-21-03-34		46-21-03-34	
47-21-03-34		47-21-03-34	
48-21-03-34		48-21-03-34	
49-21-03-34		49-21-03-34	
50-21-03-34		50-21-03-34	
51-21-03-34		51-21-03-34	
52-21-03-34		52-21-03-34	
53-21-03-34		53-21-03-34	
54-21-03-34		54-21-03-34	
55-21-03-34		55-21-03-34	
56-21-03-34		56-21-03-34	
57-21-03-34		57-21-03-34	
58-21-03-34		58-21-03-34	
59-21-03-34		59-21-03-34	
60-21-03-34		60-21-03-34	
61-21-03-34		61-21-03-34	
62-21-03-34		62-21-03-34	
63-21-03-34		63-21-03-34	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012508410073

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01028773282 EXERCÍCIO 2017

1617 0161 3793 6577 6071 6284 6636 0926 6664 4005 6117

FRANCINEUDO DA SILVA NUNES

PLACA LVH-1761

CHASSI 9C2KDD0550CR544469

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

ANO FAB 2011

ANO MOD 2012

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE VERMELHA

VENO COTA ÚNICA 1º 1PVA

VENO COTA ÚNICA 2º PAGO

VENO COTA ÚNICA 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 20/04/2017

SEM RESTRICÇÕES

DOCUMENTO DE DEPORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARAUBAS DO PI

LOCAL 16/05/2017

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

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

PI Nº 012508410073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodoitran.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 16/05/2017

VIA 1 02717055312 PLACA LVH-1761

RENAVAM 01028773282 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2011 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KDD0550CR544469

PREMIO TARIFARIO 000,00 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 20/04/2017

SEM RESTRICÇÕES

DOCUMENTO DE DEPORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CARAUBAS DO PI

LOCAL 16/05/2017

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

CONTEUDO NAO VERIFICADO
24 MAR 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.062470

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3880329721

CPF da Vítima

373.532.333-20

Nome completo da vítima

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE CARLOS PEREIRA NUNES		CPF titular da conta 373.532.333-20	Profissão LAVRADOS
Endereço PV. VERMELHA		Número 5/N	Complemento CASA
Bairro RURAL	Cidade LARAÚBAS DO PIAUÍ	Estado PI	CEP 64233 000
Email valdemir_gomes29@hotmail.com			Telefone (DDD) (88) 98346526

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4446	D/V 	CONTA NRO. 16836	D/V 8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome 	NRO.
AGÊNCIA NRO. 	D/V
CONTA NRO. 	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Laraúbas do Piauí 07 de Junho de 2018

Local e Data

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

9 JUN 2018

SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



AUTO-ATENDIMENTO - SNC PARNAIBA

DATA: 07/06/2018

HORA: 09:13:52

TERMINAL: 00305082

CONTROLE: 003050820079

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGENCIA :

CONTA :

NOME :

FAVORECIDO

CGC/AGENCIA : 4446 / DELTA DO PARNAIBA

CONTA : 013.00016836-8

NOME : JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 07/06/2018

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Divisão de CAIXA: 0800-726 7474



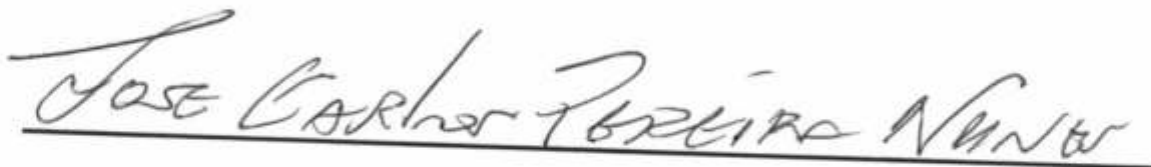
SOLICITAÇÃO DE REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Eu, **JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES**, RG. 2.013.113 - SSP-PI
CPF:33.532.333-20

Informo que compareci a agencia bancária onde possuo conta para verificação de meus dados cadastrais, a situação da conta foi regularizada não havendo nenhum impedimento para que eu receba a indenização/reembolso referente ao Seguro obrigatório DPVAT da vítima,

JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

Local: CARAÚBAS , UF/PI DATA 07 DE JUNHO DE 2018



ASSINATURA

OBS: Únicos comprovantes bancários aceitos pela Seguradora Líder:

- Comprovante de transferência entre contas do mesmo banco.
- Comprovante de Saldo. (Apenas Cabeçalho)
- Extrato Bancário. (Apenas Cabeçalho)
- Folha de Cheque.
- Cartão do banco.



Como comprovante bancário não serão aceitas para reprogramação de pagamento:

- Comprovante de depósito (este comp. não indica que a conta esteja ativa)
- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2.000,00; conta bloqueada, inativa ou em proposta de abertura;

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392709/17

Vítima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

CPF: 373.532.333-20

Data do Acidente: 08/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



JOSE CARLOS PEREIRA NUNES : 373.532.333-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 20 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.000,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/10/2017

Nome: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

CPF/CNPJ: 373.532.333-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2017

Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

CPF: 131.414.327-16

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

ID

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE CARLOS PEREIRA NUNESDATA DO ACIDENTE 08/05/2017 CPF DA VITIMA 373.532.333-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COMA VITIMA E JOSE CARLOS PEREIRA NUNESENDEREÇO DO PORTADOR LC VILA MARLIANº 514 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PAULALCIDADE EXALBAS DO JARDIM UF PI CEP 64.233-000TELEFONE (86) 98192 7060E-MAIL 981400245

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• VALORES DE INDENIZAÇÃO - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/09/2017IDENTIDADE 2013.113ASSINATURA JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vitima: **JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES**

A era:

(X) Motorista () Passageiro () Pedestre

O resultado do acidente foi:

() DAMS (X) Invalidez () Morte

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	Invalidez	Morte
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento
Relatório Médico de 1º Atendimento Hospitalar	Original ou Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RG/CPF da vítima	Cópia do RG/CPF da vítima
Cópia do RG/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito (autenticada)
Comprovante de residência da vítima	Laudo do I.M.L. ou declaração de inexistência de I.M.L. ou declaração de ausência de Laudo do I.M.L. acompanhado de relatório médico qualificando as seqüelas.	Laudo cadavérico ou prontuário médico completo, da internação ao óbito (somente para casos onde óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente).
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (ais)
Fatura Hospitalar	Relatórios hospitalares de evolução ou internação (prontuário médico).	Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s)
Recibos Médicos (caso existam)		Comprovante de residência beneficiário(s) legal (ais)
Relatórios Médicos Complementares		Procuração (caso exista)
Requisições de Exames (caso existam)		Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)
Laudos de Exames (caso existam)		Comprovante de residência procurador (caso exista)
		Declaração de únicos herdeiros para menor beneficiário (caso exista)
		Declaração de cônjuge e 2ª via da certidão de casamento (pós óbito) caso exista cônjuge (autenticada).
OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Líder.	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 RECEBIDO NÃO VERIFICADO
 20 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Genésio de Resende, 463 Loja C
 Centro - Niterói - RJ
 CEP: 24.090-170

Campo Preenchido pelo Beneficiário/Procurador

Data

Cidade: CARUÍBA S

UF: PI

Data: 26/02/2018

Assinatura do Beneficiário/Procurador

Campo Preenchido pela Seguradora/Reguladora

Data do aviso

Cidade: _____

UF: _____

_____/_____/____

Visto do Funcionário

Telefone para contato com a vítima/beneficiário

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180129721 **Cidade:** Caraúbas do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES **Data do acidente:** 08/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% = 18,75%

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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: LAURADOR
Identidade: 9.013.113 SSP/PI CPF: 373.532.333-20
Endereço: PV VERMELHA, N: S/N
Bairro: RURAL Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ - PI
CEP: 64.233-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: **VALDEMIR GOMES NUNES**
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **DIVORCIADO**
Profissão: **AUTONOMA**
Identidade: **2.826.907** SSP-PI CPF: **040.652.233-26**
Endereço: **PV MALHADA GRANDE, S/N, Bairro: RURAL** Cidade: **CARAÚBAS DO PIAUÍ - PI**
CEP: **64.233-000**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder 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 assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES**

Local e data: PARNAÍBA - PI, PIAUÍ 29 de JANEIRO de **2018**



José Carlos Pereira Nunes

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)

OBS: ESTA PROCURAÇÃO NÃO OFERECE PODERES PARA QUE MEU PROCURADOR OU QUALQUER OUTRA PESSOA RECEBA DINHEIRO, OU CONTRA RECIBO DA INDENIZAÇÃO EM MEU NOME.



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nº Sinistro: 3180129721

Vitima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Data do Acidente: 08/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180129721**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12557514



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Sinistro: 3180129721
Vítima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Data do Acidente: 08/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180129721** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Carta nº 12790284

A/C: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180129721 ASL-0098930/18
Vitima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Data Acidente: 08/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

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 **GENTE SEGURADORA S/A** 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, 01 de Julho de 2018

Carta nº: 13035280

A/C: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nº Sinistro: 3180129721
Vítima: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Data do Acidente: 08/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

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: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004446

Conta: 0000016836-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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, JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.013.113 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 19/03/68
CPF 373532333-20 (CNPJ) 00000000000000000000, PROFISSÃO AVIADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS PEREIRA NUNES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(1) A Circular Susesp 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 SISPDPVAT 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 e/ou lido, 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1522 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19093-4

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

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

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.

CAMUÇAS - PI 05 de SETEMBRO de 2017
LOCAL E DATA

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
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.



Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 31/08/2017 Hora 14:35 Term 028874
N.Trans 4825 Banco 237 Agencia 5807
Conta 0002098-2 Valor 00000000

Favorecido:
Banco 237
Agencia 1522 / PARNABA
Conta 0019093-4

Titular: JOSE CARLOS PEREIRA MUNES

Nome: _____
Tipo/Conteúdo: _____

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Quvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deve ser assinado pelos dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 Assinatura do Representante legal).



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

373.532.333-20

Nome completo da vítima

JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES		CPF titular da conta	373.532.333-20	Profissão	LAURADOR
Endereço	LC VERMELHA		Número	514	Complemento	CASA
Bairro	RURAL	Cidade	CARUÍBAS	Estado	PIAUÍ	CEP
Email	Valdemir.gomes29@hotmail.com				64.233-000	Telefone (DDD)
					86/998410689	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 BRADESCO 237
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 1522 19093 4
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CARUÍBAS - PE, 09 de MARÇO de 2018
 Local e Data

JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ CC

Data 31/08/2017 Hora 14:35 Term 028874
N.Trans 4825 Banco 237 Agencia 5807
Conta 0002098-2 Valor

Favorecido:
Banco 237
Agencia 1522 / PARNAIBA
Conta 0019093-4

Titular: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nome:
Tipo/Conta

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

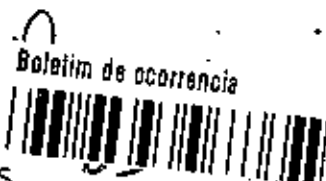
Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

DEPARTAMENTO DE S.A.
DPVAT
CONTEUDO NAO
20 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lapa
Centro - Niteroi - RJ



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR – GPI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BURITI DOS LOPES



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 05-07/2017

DADOS DA OCORRÊNCIA

Natureza: Acidente de Trânsito

Data/Hora em que o fato aconteceu: 08/05/2017 às 11h:00min.

Data/Hora da comunicação: 25/07/2017, às 14h:10min.

Vítimas envolvidas: José Carlos Pereira Nunes (condutor), Ana Maria Rodrigues Gomes (passageira)



DADOS DO (A) NOTICIANTE

ANA MARIA RODRIGUES GOMES, brasileiro, solteira, nascido em 09/04/1981, RG: 2.318.212 SSP-PI, CPF: 019.320.993-44, filha de Herculana Rodrigues Gomes, residente e domiciliado na localidade vermelha, s/n, B-rural, Caraubas do Piauí-pi.

DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO

VEÍCULO: HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO e MODELO 2011,2012, CHASSI 9C2KD0550CR544469, PLACA LVH-1761 PI, LICENCIADA EM NOME DE FRANCINEUDO DA SILVA NUNES

**HISTÓRICO
(MECÂNICA DO ACIDENTE)**

Notícia a noticiante, que em data e hora supramencionada, vinha como passageira na motocicleta acima discriminada, veículo esse que era conduzido pelo condutor acima citado, em uma estrada de carroçal que liga a cidade de Caraubas ao povoado olho d'água neste município, relata a noticiante que o condutor ao trafegar por uma ponte existente na dita estrada, ele derrapou o pneu dianteiro da motocicleta vindo a perder o controle e caindo de cima da ponte dentro do riacho, tanto o condutor como a passageira, e que os dois ocupantes da motocicleta foram socorridos por um amigo de nome valdemir que passava no local do acidente e levado por uma veículo que presta serviço a secretaria de saúde de Caraubas do Piauí-PI ao HEDA, Hospital Estadual Dirceu Arco Verde na cidade de Parnaíba-PI, sendo constatado pelo médico de plantão Ana Maria Rodrigues Gomes sofreu fratura de rádio distal esquerdo e José Carlos Pereira Nunes sofreu fratura do punho esquerdo...

O noticiante declara que as informações aqui prestadas constituem a expressão da verdade

Caraúbas do Piauí-PI, 25 de julho de 2017.

Ana maria Rodrigues gomes
ANA MARIA RODRIGUES GOMES
Noticiante

JOÃO BATISTA OLIVEIRA ALVES
Escrivão AD-HOC



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO DE FISCAMENTO DO INTERIOR - CPI
2º BPM MAJOR OSMAR - PARNABA
GPM DE MURICI DOS PORTELOS
CEP: 64176000

429951

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O. Nº 016/2018

Unidade: GPM de Murici dos Portelas-PI
Resp. Pelo Registro: 3º SGT. PM RIBEIRO
Data: 24/01/2018 Hora: 10:00h

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 016/2018
Unidade Responsável: GPM de Murici dos Portelas
Data: 08/05/2017
Local: Estrada Vicinal entre a localidade Olho D'água e sede do município de Caraubas do Piauí
Município: Caraubas do Piauí - PI

DADOS DO INFORMANTE

Nome: José Carlos Pereira Nunes
RG: 2013113 SSP - PI
CPF: 37353233820
Mãe: Maria Madelene dos Santos Sousa
Pai: Raimundo Cardoso de Sousa
Endereço: Povoado Vermelha - Caraubas do Piauí

NATUREZA DO FATO

Acidente de Trânsito

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca: Honda	Modelo: Honda NXR 150 BROS ES	Ano: 2011	Modelo: 2012
Cor: Vermelha	Placa: LVH-1761	Chassi: 9C2KD0560CR544489	Renavam: 1028773282
Proprietário: Francineudo da Silva Nunes			

NARRATIVA DO FATO

Compareceu a este GPM, no dia 24/01/2018 as 10:00 h o Sr. José Carlos Pereira Nunes, conforme dados acima citados, para informar que, no dia 08/05/2017, por volta de 11:00 h, quando ia da sede da cidade de Caraubas do Piauí para a localidade Olho D'água, juntamente com sua esposa Ana Maria Rodrigues Gomes, ao passar por uma ponte de madeira, o pneu dianteiro de sua moto acinte cidade, derrepou, fazendo com que piloto e passageiro caíssem dentro do riacho, o qual fica embaixo da citada ponte. As vítimas foram socorridas por uma pessoa de nome Valdemir, que ia passando pelo local no momento do acidente e levadas pela ambulância do município para o Hospital Municipal Dirceu Arcoverde, em Parnaíba-PI. Nada mais declarou.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DEPARTAMENTO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 468 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

José Carlos Pereira Nunes
Assinatura do Informante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE CARLOS PEREIRA NUNES, portador da carteira de identidade nº 2.013.113 SSP-PI data de expedição 10/04/2002 e inscrito no CPF/MF sob o nº 373.532.333-20, residente e domiciliado na LC URBANILIA S/N, B-RURAL, Município de CARAJÁS DO PIAUÍ, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

CARAJÁS DO PIAUÍ-PI 05/09/2017
Local e data

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradormal.com.br> ou ligue para o SAS DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

CPF da Vítima

373.532.333-20

Data do Acidente

08/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o procedimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

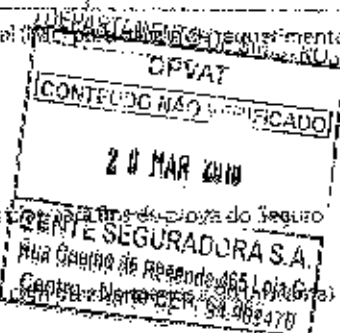
☒ Não faz estabelecimento no IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de apuração do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realize perícias, porém não emite o laudo de respectivo veredicto.

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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, consoante, desde já, em me submeto à perícia médica as custas da Seguradora LIDER DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



CARUÍBAS 11 de MARÇO de 2018
09 Local e Data

JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL ESTADUAL CIRCEO ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIARIA, PARNAIBA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P0174404
Data: 08/05/2017
Funcionário: SIMONE
Registro: 112848
Hora: 13:06:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Nasc.: 09/03/1968 Idade: 49 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS Profissão:
End.: POV. VERMELHA, 0 - Bairro:
IBGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: FRANCISCA PEREIRA NUNES

PF: - RG: - SUS: Civil: CEP: 64233-
Cidade: CARAUBAS DO PIAUI/PI Tel.: () -/(86) 9819-27060

Clinica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 527 - BRISA FIDELIS GANDARA
Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

08/05/2017 13:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM CORTE

Exame clínico/físico: Pate vítima de trauma motor de
ca. no ponto de consciência,

Diagnóstico provável: hemodinâmica estável, com sinais
de trauma com lesão na face

Medicação: analgésico (E)

Avaliação Ortopédica Dr. Bruno de Castro Guimarães

Procedimentos/exames realizados:

777 A cirurgia ? ? ?

Deficiência no pulso (E)

Px: lesões sintomáticas no pulso esquerdo
artroscopia

Antonio Lima
Ortopedia
CRM-PI 3844

RAIO X
DATA: 08.05.17
ASSINATURA

Intenso pr cirurgia

AS 17:20h: Pate refere que os dentes estão
amolecidos, apresenta ferimento anterior na boca
e inchaço (E)
cp: - Realizar a Sutura

Avaliação do Bico Maxilar

Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES
Dr. Bruno de Castro Guimarães
MÉDICO
CRM-4058
527 - BRISA FIDELIS GANDARA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIÁRIA, PARNAIBA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564/015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0174404

Registro: 112848

Data: 08/05/2017

Hora: 13:06:00

Funcionário: SIMONE

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 5

SUS

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

Nasc.: 09/03/1968 Idade: 49 ANOS, 2 MESES, 30 DIAS Profissão:

CPF: - RG: - SUS:

Civil:

CEP: 61233-

End.: POV. VERMELHA, 0-

Bairro:

Cidade: CARAUBAS DO PIAUI/PI

IBGE: 2202539 Cor: SEM

Mãe: FRANCISCA PEREIRA NUNES

Tel.: () -/(86)-9619-27060

Clinica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 527 - BRISA FIDÉLES GÂNDARA

Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

08/05/2017 13:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO COM CORTE

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 MAR 2018

Procedimentos/exames realizados:

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 403 Loja 5

Centro - Norte CEP: 64.002470

Deficiência no punho (E)

Pr: Ingestão sintomática de Rótulo opáreo
artiloides

Interio pr anexo

AS 17:20h. Paciente refere que os dedos estão
numa posição, apresenta formigão constante na mão
e opáreo (E) CP: - Realizar a Sutura

Avaliação do Buzomaxila

Dr. Bruno de Castro - UNIFAPES

Responsável: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

MEDIC

CRM - 2027

527 - BRISA FIDÉLES GÂNDARA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
END.: RUA MIRETO PORTELA, 74 - CENTRO
CNPJ: 025347600001-04 / FONE: (86) 3333-0048
E-mail: smscaraubasdopi@hotmail.com



Uma Nova História
CARAÚBAS DO PIAUÍ

DECLARAÇÃO

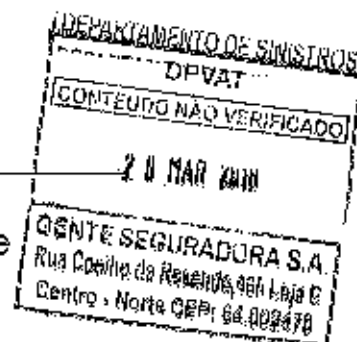
Declaro para os devidos fins de direito que, JOSÉ CARLOS PEREIRA NUNES, portador do RG nº: 2.013.113 SSP/PI e CPF: 373.532.333-20, domiciliado no povoado Vermelha, S/N, B-Rural, Caraúbas do Piauí – PI, foi vítima de acidente de trânsito no dia 08/05/2017 às 11hs30min, sendo socorrido por um veículo que presta serviço a secretaria de saúde deste município e encaminhado ao (HEDA) Hospital Estadual Dirceu Arcoverde em Parnaíba-PI.

Por ser a expressão da verdade, assumido inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para produza seus efeitos legais.

Caraúbas do Piauí (PI), 08 de maio de 2017.

ANDREIA DE BRITO ROCHA
GOZ. 000000000-00
Sec. Mun. de Saúde - CARAÚBAS DO PIAUÍ
Povoado VERMELHA

Andreia de Brito Rocha
Secretária Municipal de Saúde



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: 26/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04446

CONTA: 000000016836-8

Nr. da Autenticação A514DC02E0233EDD

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.283-5)
Nota Fiscal e Conta de Energia: 02/2017 - 30/08/2017
Regime Especial de Energia: 02/2017 - 30/08/2017

Nº da Nota Fiscal: 000410036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2017	16/08/2017	30	21,16

JOSE CARLOS PEREIRA NUNES

LC VERMELHA S/N B-RURAL

CPF: 0003735323320

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 130.339.08.84.111100

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 10235	09/08/2017
Anterior: 10235	11/07/2017
Constante de Multiplicação: 1,000	11/08/2017
Consumo Medido: 0	09/08/2017
Consumo Estimado: 30	09/08/2017
Consumo Total: 30	09/08/2017
Consumo Mínimo: 29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	DATA DA LEITURA
Comércio/Indústria: 17	09/08/2017
Uso: 17	09/08/2017
Consumo Mínimo: 29	

HISTÓRICO LEM	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUL/17: 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,613563 = 18,40
JUN/17: 0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,76
MAI/17: 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,41
ABR/17: 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 0,27
MAR/17: 0	
FEV/17: 0	
JAN/17: 27	
DEZ/16: 28	
NOV/16: 42	
OUT/16: 46	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 30 - 8,460113	

Comprovante de residência



Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a supressão da formação de energia elétrica a partir de 24/02/2017, em função das contas revisadas nesta leitura. O res. pagamento poderá ser maior, devido à inclusão do nome do consumidor no SCFCA, informando a data de inclusão e o valor da conta. Caso não seja efetuado o pagamento, a unidade consumidora será considerada em atraso.
07/2017	20,29	

RESERVADO AO FISCO FSFS. 42B3. C364. AFFS. 08CC. FB2. EAEB. S7B5

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 5,02	Imposto de Renda: 18,40
Energia: 6,14	Alíquota ICMS: 20,00%
Transmissão: 0,74	Valor do ICMS: 3,68
Encargos: 1,91	Valor do PIS: 0,16
Tributos: 4,59	Valor do COFINS: 0,75

INDICADORES DE CONTINUIDADE	VALORES
7,26	14,53
29,06	3,73
7,47	14,95
4,14	0,00

TABULEIRO	08/2017
7,31	

ROT: 130.339.08.84.111100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1045600-7	21,16
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
08/2017	16/08/2017

CONTATOS

86/98192760

981400245

SENDOSE LIDER PIAUÍ 15/08/2017 15:12:46 IN