

Controle x Audiência x Upload x PJE Acesso x PJE Consu x PJE 08004 x Merge x What x Tribu x Portal x Siste x Caixa x +

Não seguro | tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=483660&ca=7c16117c6aa834d4adb699... ☆

Processo Virtual Na... Administrativo Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800473-90.2020.8.18.0028
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

10758436 - CONTESTAÇÃO (2733940 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 13:02:34

13 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10758434 - CONTESTAÇÃO
 - 10758436 - CONTESTAÇÃO (2733940 CONTESTACAO 01)
 - 10758440 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (processo administrativo)
 - 10758743 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10758745 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10758750 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2733940- CS/ 2020-02545/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf Exibir todos

PT 13:02 13/07/2020



Número: **0800473-90.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA (AUTOR)		RICARDO SILVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10758440	13/07/2020 13:02	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 13606273

MARIA NATIVIDADE CAMELO

R. JOSINA DE CARVALHO, 550 , IRAPUA II
B-URBANO

64800000 FLORIANO

PI

CÓDIGO ÚNICO 5396891	MÊS 11/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/10/2018 a 13/11/2018
CONSUMO (kWh) 40	VENCIMENTO 21/11/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 14,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 5396891	MÊS 11/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 14,07
-------------------------	----------------	----------------------------

836000000007.140700170008.000000005397.689111180055



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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



192

Un. Itoróia respondido para Juazeiro

REGISTRO DE OCORRÊNCIA FLORIANO-PI

DATA: 10 11 18



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB
ORA: _____

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA Europeias de Loures BARRIO: Japuí CIDADE: Flo
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo Alves Oliveira IDADE: 37

CONTROLE DO TEMPO			
SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	RETORNO À BASE
15:46	15:50	16:02	16:17
CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL		
16:05	16:15		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		
ACIDENTE DE TRANSITO/TRAUMAS	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL
AGRESSÃO FÍSICA	MALSUÍTO	RECONHECIMENTO
URGÊNCIA PSÍQUIATRIKA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	INTOXICAÇÃO EXÓGENA
ENVEENAMENTO	OBSTRUÇÃO	HEMÓRRIA - RESPIRATÓRIA
AFORAMENTO	QUEDA	HEMÓRRIA - HEMÁTICA
		FAE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 365 Lige C
Centro - Natal - CEP: 54.002-470
Teresina-PI

AVALIAÇÃO GERAL				
EL DE CONSCÍENCIA	SAUSAMENTO	PUPILAS	PULSO CAROTÍDEO	RESPIRAÇÃO
SENTA	ASSENTA	ISOCORICAS	NORMOSISTÓLICO	REGULAR
SPONDIADO	SPONDIADO	ISOCORICAS	TACHICARDIA	REGULAR
MAIADO	MAIADO	ISOCORICAS	TACHICARDIA	REGULAR
SPONDIADO	SPONDIADO	ISOCORICAS	TACHICARDIA	REGULAR
MAIADO	MAIADO	ISOCORICAS	TACHICARDIA	REGULAR

SAIS VITAS	HORA:	HORA:
USC (SPM)	101	
SPONDIADO (PM)	20	
ESSA ARTERIAL (MMHg)	1 mobilizado	
SATURADO DE O2 (%)	99	
TEMPERATURA (°C)		
TENSAO CAPILAR		

DESCRIÇÃO: Pct sofreu queda de moto com escorregos e suspeita protora no pulso orientado, consciente.

INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL
INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL
INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL
INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL	INDICADOR DE CEREBRAL

INDICADOR DE ENTRADA NO HOSPITAL: MELHOU FICOU DETERIOROU
 TIPO DE SOCORRO: DURANTE O SOCORRO
 MODO DE TRANSPORTE:

ENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
 SOLICITADO: NÃO NECESSITOU POLÍCIA BOMBEIROS USB
 HOSPITAL DE DESTINO: USB OUTRO
 CIDADE: _____

SAMU - 192
Confere com o original
Florianópolis 21/12/2018
M. Gardiaz

Ednan Soares Coutinho / *Pauo Darc / Pedro*
RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUEINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
 Atendimento: P0592249 Registro: 32667
 Data: 10/11/2018 Hora: 16:06:00
 Funcionario: LIA Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 107

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479
 nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS,6 MESES,14 DIAS Profissão: Civil: SOLTEIRO(A) CEP:648000
 Ind.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - Bairro: BOM LUGAR Cidade: **FLORIANO/PI**
 Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
 Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.:20°C Peso:0Kg P.A.:0

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
 10/11/2018 15:57 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

Injúria de traço exposto
 nome clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Injúria de traço exposto.

Medicação:

TRILATITAD EV, IT:OTIT
- no ortopedista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Cosíbio de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Procedimentos/exames realizados:

RX de punho @

Ass. Técnico

Hospital Regional Tibério Nunes
 Exame: *RX punho @*
 Data: *10/11/18 - 16:19*
 Ass. *[assinatura]*

ORTOPEDIA

*Acidente vítima de acidente de motocicleta
 com fratura radio e fratura radio cubital
 distal.*

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA: *14/12/2018*
 ASSIN. *[assinatura]*

Dr. Carlos da Silva Osório
 Médico
 -579



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: - CPF da vítima: 009.153.643-01 Nome completo da vítima: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

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

Nome completo: Carlos Eduardo Alves de Oliveira CPF: 009.153.643-01
 Profissão: Reme Endereço: Rua Formosa de Canaã Número: 550 Complemento: -
 Bairro: Sapeva II Cidade: Florianópolis Estado: PI CEP: 64.800-000
 E-mail: - Tel (DDD): 81-3521 2793

DADOS CADASTRAIS

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0638 CONTA: 64199 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) op. 013
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

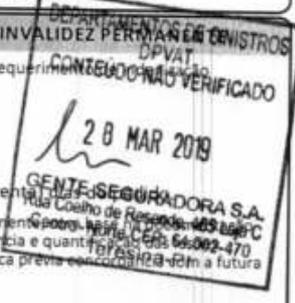
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de uma futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.



MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: Florianópolis - PI 19.03.19
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.000593/2019-07

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Francisco José Vieira De Sousa

Data/Hora: 19/03/2019 - 08:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

AV. EURIPEDES DE AGUIAR, Nº:

Complemento

513211

Data/Hora

10/11/2018 - 15:30

Bairro

IRAPUA I

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

RG: 1991205 SSP PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JOSINA CARVALHO, Nº 550

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9450-9676

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. POP110I

2019 OUE9121 9C2JB0100KR105055

01181797400

Prejudicada

Condutor: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

RG: 1991205 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOSINA CARVALHO Número: 550 Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: IRAPUA II

Proprietário: FRACILENE VALENTIM ROCHA

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU O NOTICIANTE COMUNICANDO QUE POR VOLTA DE 15H30MIN DO DIA 10/11/2018, TRANSITAVA PELA AV. EURIPEDES DE AGUIAR CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRA CITADO EMPLACADA EM NOME DE FRANCILENE VALENTIM ROCHA, PORTADORA DO CPF Nº 841.742.423-72; QUE NAS IMEDIAÇÕES BAR KIBUT, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA, VINDO O NOTICIANTE A CAIR JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA; QUE LOGO APÓS O ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO O SAMU LEVANDO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO E APÓS A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RAIOS "X" FOI DIAGNOSTICADO FRATURA DO ANTE-BRACO ESQUERDO, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, CONFORME PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM ANEXO. ERA O RELATO.

Francisco José Vieira De Sousa - Mat. 0416347
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.000593/2019-07

[Handwritten signature]



Delegado de Polícia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190238957**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Josina Carvalho, 550 - Irapuá II - Floriano - PI - CEP 64800-660

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **1991205**

Data e local do acidente: [**10/11/2018**] **Floriano -PI**

Data e local do exame: [**14/05/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do rádio esquerdo. Luxação da articulação rádio-ulnar esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta ao exame físico diminuição leve da amplitude de flexão, extensão e rotação do punho esquerdo com diminuição parcial da força muscular.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico com osteossíntese para redução da fratura com uso de placa DCP com 10 furos e 06 parafusos. A fratura está consolidada (de acordo com Raio-x).

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 02/04/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO - CONDUTA MANTIDA.


Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM: 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: - CPF da vítima: 009.153.643-01 Nome completo da vítima: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

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

Nome completo: Carlos Eduardo Alves de Oliveira CPF: 009.153.643-01

Profissão: Reunio Endereço: Rua Formosa de Canvalho Número: 550 Complemento: -

Bairro: Inapue II Cidade: Florianópolis Estado: PI CEP: 64.800-000

E-mail: - Tel(DDD): 89-35212793

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todas as bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 64199 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) op. 013

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 169 - CEP: 64.002-470
Florianópolis - SC

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte à aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Florianópolis - PI 19.03.19

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3190238957
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 10/11/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190238957**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Pag. 01483(01484 - carta_09 - INVALIDEZ

00060742



Carta nº 14338714





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

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 0000064199-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00587/00588 - carta_02 - INVALIDEZ

00080284



Carta nº 14290012





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

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14121658

Pag. 00045/00046 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000064199-6

Nr. da Autenticação D2A8AA3EE37BDD43



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106168/19

Número do Sinistro: 3190238957

Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 009.153.643-01

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 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\$ 13.500,00. 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

VITIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Cobertura: INVALIDEZ

Data do Acidente: 10/11/2018

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 1.991.205-PI

CPF: 009.153.643-01

Endereço: RUA JOSINA DE CARVALHO, N°550, IRAPUÁ II, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 195451-PI

Est. Civil: CASADO

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO N°262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

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

FLORIANO-PI, 16 de MARÇO de 2019.



Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64500-000
Fone/Fax: (89) 3522-4995
e-mail: cartorioleal@hotmail.com

Reconhecimento
Reconheço a(s) firma(s) de Carlos Eduardo Alves de Oliveira
Como Verdadeira Autêntica Semelhança
Dou fé, Floriano/PI, 18/03/19

Sede de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ação de Notícia
Registro e Juízo

RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABO 94537

Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião
 Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituto
 Juslei Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238957 **Cidade:** Florianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (PLACA E PARAFUSO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 27/ 28/ 29 RELATÓRIO CIRÚRGICO.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: Carlos Eduardo Alves de Oliveira

SINISTRO: 3190238957



Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V.Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

Assinatura

Data: 26-04-2019

PELO REANÁLISE DO MEU PROCESSO, E ME CONVOQUE PARA PERÍCIA, PARA CONSTATAR AS GRAVIDADES DAS SEQUELAS, PORQUE DO ACIDENTE TIVE LESÕES MUITO GRAVES, COM FRATURA DO BRAÇO ESQUERDO. FIZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS, TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO E APÓS OS TRATAMENTOS ME ENCONTRO IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR MINHAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. FIZ O PEDIDO DA INDENIZAÇÃO, PORÉM ME PREJUDICARIAM NA PAGAM D VALOR CORRESPONDENTE AS SEQUELAS.

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

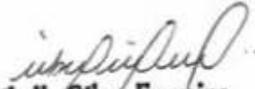


RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA**, portador da ID 1.991.205-PI, CPF 009.153.643-01, sofreu acidente automobilístico no dia 10/11/2018 e teve atendimento no Hospital Tiberio Nunes, onde foi diagnosticado fratura do antebraço esquerdo distal, sendo tratado cirurgicamente com colocação de placas e parafusos metálicos. Após os noventa dias de tratamento conservador e ambulatorial paciente relata sentir dor, dormência, edema aos esforços, mobilidade física prejudicada devido ao desconforto, comprometimento da raiz nervosa de C6, formigamento, tremores aos movimentos, atrofia muscular. Na avaliação foi constatado diminuição da ADM de 65% para os movimentos do punho com grau 3 de força muscular (presente 30% da força do membro afetado). Paciente encontra-se afastado e impossibilitado de realizar suas atividades laborais e dificuldade nas suas atividades de vida diárias.

CID: S52.0

Florianópolis, 16 de março de 2019


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 157.848-F



União Itoróia apoiada para Itoróia

REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANOPI



INSURÂNCIA AÇIONADA: US\$ _____
ORA: _____

DATA: 10/11/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Turpedes de Aquino BAIRRO: Tropiúe CIDADE: Flo
NOME DO PACIENTE: Carlos Eduardo Alves Oliveira IDADE: 37

CONTROLE DO TEMPO
HORA DA SAÍDA DA BASE: 15:46 CHEGADA AO LOCAL: 15:50 SAÍDA DO LOCAL: 16:02
CHEGADA AO HOSPITAL: 16:05 SAÍDA DO HOSPITAL: 16:15 RETORNO AO LOCAL: 16:37

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

ACIDENTE DE TRANSITO VEICULO	CHOQUE ELÉTRICO	ACIDENTE COM ANIMAL
ASPIRAÇÃO FÍSICA	MAL SUÍTO	INTOXICAÇÃO EXÓGENA
URGÊNCIA PSÍQUICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	INCENDIO - RESCUE
ENVELENAMENTO	OCORRÊNCIA	INTOXICAÇÃO
ATO-BATIMENTO	QUEDA	TRF

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 355 Loja C
Centro - Fone: (64) 302-470
Teresina-PI

AVANÇO GERAL

SEXO DO ACIDENTADO	RAÇA	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	IDADE
MASCULINO	BRANCO	CASADO	PROFISSIONAL	ACADÊMICO	37

VALS VITAIS

TEMPERATURA	101
FRÉQUÊNCIA CARDÍACA	20
TENSÃO ARTERIAL	1 mobilizado
SATURACÃO DE O2 (%)	99
OPERTURA (%)	
TENSÃO CAPILAR	

DESCRIÇÃO: Pct sobre queda de moto com escoriações e suspeita fratura no pulso orientado, corretamente

EXAME DE VISTA	EXAME DE AUDIÇÃO	EXAME DE EQUILIBRIO
EXAME DE OLFATTO	EXAME DE PALPAÇÃO	EXAME DE REFLEXOS
EXAME DE TATO	EXAME DE COERÊNCIA	EXAME DE COORDENAÇÃO
EXAME DE MEMÓRIA	EXAME DE ATENÇÃO	EXAME DE RACÍO

VEÍCULO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
VEICULO: FICOU: ALTERADO:
TIPO: _____
HEMORRAGIA: DURANTE O SOCORRO:
MODO DE TRANSPORTE:
PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

HOSPITAL DE DESTINO: UPTI OUTRO _____
CIDADE: _____

SAMU - 192
Confere com o original
Florianópolis 21/12/2018
M. Gardiaz

EDNAN SOARES COUTINHO / Paulo Darc / Pedro
PENSAR PELA RECEPCÃO DO HOSPITAL





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0592249
 Data: 10/11/2018
 Funcionario: LIA

Registro: 32667
 Hora: 16:06:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **107**

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 14 DIAS Profissão:
 End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - Bairro: BOM LUGAR
 Cor: PARDA Telefone: () Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479
 Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648000:
 Cidade: **FLORIANO/PI** Pal: *****

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
 Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: 20°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
 10/11/2018 15:57 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

Fratura do pé esquerdo
 me clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Fratura do pé esquerdo.

Medicação:

Tilatil AD EV, IT: DT
- no ortopedista

Procedimentos/exames realizados:

RX de pé esquerdo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Ass. Técnico

Hospital Regional Tibério Nunes
 Exame: *RX pé esquerdo*
 Data: *10/11/18 - 16:17*
 Ass. *Lia*

ORTOPEDIA

*Paciente vítima de acidente de motocicleta
 com fratura do pé esquerdo. Exame realizado
 em 10/11/18.*

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
 FLORIANO - PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA: 14/12/2018
 ASSIN. *[Assinatura]*

Dr. Carlos da Silva Osório
 Médico - 579





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0592249 Registro: 32667
 Data: 10/11/2018 Hora: 16:06:00
 Funcionario: LIA Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
Senha 107 **SUS**

071
 11/11

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 1991205/pi - SUS: 898050051986479

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS,6 MESES,14 DIAS Profissão:
 End.: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q 05, 1 - Bairro: BOM LUGAR Cidade: **FLORIANO/PI** Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648000
 IBGE: 2203909 Cor: PARDA Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO
 Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO

Procedimentos

10/11/2018 16:06 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

TRAUMA EM PUNHO E APOS QUEDA DE MOTO

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg TAX: 20°C FR: 0 mrpm
 FC: 1014 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

NENHUM

CONDUTA

AO ORTOPEDISTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 14/12/2018
 ASSIN

Ednan Soares Coutinho
 Médico Ortopedista
 Hospital Regional Tibério Nunes
 Floriano - PI





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
696050051566479

10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCÓPIO Q 05, 1 - BOM LUGAR

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANÓPOLIS

6 - DATA DE NASCIMENTO
27/05/1981

8 - Nº DO FRONTUÁRIO
32657

9 - SEXO
Masc: 1 Fem: 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(69) 9419-1800

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI

16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em fr do rodio e lumbos rodio ulna distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência de TTO lumbos

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

Ausente + Erase furo + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
5523

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
ORTOPEdia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSON ANTONIO MENEZES COIMBRA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/11/2018

32 - ASS. E CARMEN (Nº DO CARMEN)
Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 31181111-1 TEL: 333435

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04080 do 431

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

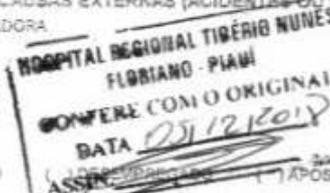
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA



37 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
3220390901

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

46 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)
898050051985479
10 - NOME DA MÃE
ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA
12 - ENDEREÇO
MARIA APARECIDA PROCOPIO O 05, 1 - BOM LUGAR
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/05/1981

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
32867
9 - SEXO
Masc. X 1 Fem. 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9419-1800

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2203909
15 - UF
PI
16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão em fratura fechada da tíbia e fíbula com deslocamento distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Fratura da tíbia fechada

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

Exame radiográfico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
S03
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
020803431
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
11/11/2018
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
Teresina-PI

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220390901

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERIR COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN



Atendimento	1067580
Data:	11/11/2018
Hora:	0:39

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

Nº AIF
JO

BOLETIM DE ADMISSÃO

32667 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 27/05/1981 - 37 ANOS, 6 MESES, 15 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX38 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CPF: RG: 1991205/pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: MARIA APARECIDA PROCOPIO Q. 05, N° 1 - CEP: 64800003 Bairro: BOM LUGAR

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

Pai: ***** Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

Sim Não

Handwritten signature and text:
CRESS N° 999

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

Curado
 Melhorado
 Inalterado
 Piorado

Removido
 Pedido
 Evasão
 Indisciplina

-48 Horas
 +48 Horas
 Óbito

Transferido

História Clínica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 05/12/2018
ASSIN.

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA



Evolução Clínica

Atendimento 1067580	Paciente CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA
Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.	
Data/Hora	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



1067580 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Frotura do antebraço (E)

Cirurgia: Osteossintese do rádio (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Realizar em cm sob fluoroscopia no USG + radiografias
2. Alinhar + anti-gume + estabilização de caps. rádio
3. Fixação dorsal no antebraço (E) + distais no plano + estabilização de fêmur
4. Estabilização do fêmur do rádio + colocação de placa de P.S. com 10 parafusos com 26 parafusos
5. Lavagem e irrigação
6. Frotura
7. Curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURODORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Laje C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Cirurgião: Dr. Alexandre Lima

1º Auxiliar: Dr. Soares Junior

2º Auxiliar: Paulo

Anestesiologista: Dr. Paulo

Anestesia:

- RAQUI GERAL
 CAUDAL TRONCULAR

OUTRAS: _____

Dr. Francisco Junior Costa Branco
 CRM-PI 4504 / TERT 14196

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PI
 CONFERE (C) O ORIGINAL
 DATA: _____





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N
 MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000
 Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323
BOLETIM CIRURGICO

1067580 - CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Data: 11/11/2018

Diag. Cirúrgico: Froturas do antebraço (E)

Cirurgia: Osteomíndia do úlna (E)

Descrição da Cirurgia:

1. Paciente em cm sob bloqueio no U.S.E + medicação
2. Alça + anti-gume + esparadrapo de comp este
3. Frotura dorsal no antebraço (E) + fratura do plano - mediana do rádio
4. Exatidão do frotura do rádio + colocação de placa de P 2,5mm x 10 pins com 06 parafusos
5. Lavagem do ferida
6. Sutura
7. Curativo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Getúlio de Resende, 465 Loin C
 Centro - Norte CEP: 54.002-170
 Teresina-PI

Cirurgião: Dr. Alexandre Cunha

1º Auxiliar: Dr. Franco Junior

2º Auxiliar: handover

Anestesista: Dr. Danilo

Anestesia:

RAQUI GERAL

CAUDAL TRONCULAR

Dr. Francisco Júnior - Cirurgião
 CRM-PI 4504 / TEOT 14196

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 05/12/2018
 ASSIN. _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGUROORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-000
Teresina-Pi

NOME DO PACIENTE DATA / HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
OBSERVAÇÕES					
101118	1) Dexta Canal 2) Fosi canal e gálvulas 3) Diminua o exp. 13 e 14 4) Tiletal 0,5mg + 10 e 14 5) Enalac 200mg + canal de fosi e 80mg 6) Paratubal 0,5mg + 10 e 14 7) Lincelina 600	18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50 18:50	06/03/20 06/03/20 06/03/20 06/03/20 06/03/20 06/03/20 06/03/20	14 14 14 14 14 14 14	


 Ednan Soares Coutinho
 Médico Assistente
 Clínica Geral
 13135



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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ORTOPÉDIA
NOME	ENF. OU APT.	LEITO
<p>NOME: <u>Edson Eduardo Alves de Sousa</u></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA: <u>12/11/19</u> # <u>17 do quarto 2</u></p>	<p>HORÁRIO MEDICAÇÃO</p>	<p>OBSERVAÇÕES</p>
01. DIETA LIVRE		
02. JEI CO HIDROLISADO		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		
04. GEFATOHINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		
06. TICAFIL 200MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)		
08. GEFEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		
11. CURATIVO Q		
12. SSV + CCGG		

Celso Antônio Norberto Coutinho
Enfermeiro de Trabalho
CRP: 1018 TCO: 13135

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORAS S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Do 02 de Novembro de cada PA: 2007
com o intuito de Est. de Ind. Odivino
Pimares
Carla
2007
diária se quer
mamona, pa 2007
pa 2007





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIUS NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (69) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Atendimento: E0154768



INTERNADO

Coletado:

Data: 12/11/2018

Paciente: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Convênio: SUS

Leito: EX38 Enfermaria: E01

Sexo: MASCULINO

Idade: 37 ANOS, 8 MESES, 15 DIAS

Impresso: 12/11/2018

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,41 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,7 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	41,4 %	40 a 52 %
VCM	93,88 u ³	80 a 100 U ³
HCM	31,07 pg	26 a 34 pg
ICM	33,09 %	31 a 36 %

Observações

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	9.290 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	1 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	72 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0
EOSINÓFILOS	3 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
LINFÓCITOS	17 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
MONÓCITOS	7 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
PLAQUETAS	208.000 /mm ³	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
		100%
		150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL:

254-PAULO CESAR BORGES LOPES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIÕES

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Atendimento: E0154768  INTERNADO Coletado: Data: 12/11/2018

Paciente: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO
Médico(a): CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA Idade: 37 ANOS, 8 MESES, 15 DIAS
Convênio: SUS Leito: EX38 Enfermaria: E01 Impresão: 12/11/2018

CREATININA

Material: SORO
Método: ENZIMÁTICO
RESULTADO: 1,2 mg/dl SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl
OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO
Método: ENZIMÁTICO
RESULTADO: 25,5 mg/dl 15 A 40
OBSERVAÇÃO GERAL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Bio 200)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			ENF. OU APT.	LEITO
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	MÉDICO ASSISTENTE
				OBSERVAÇÕES
<p><i>Almeida</i></p> <p>1 - Bateria Geral 2 - Jato Hidroxiado 3 - Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD, EV, 12/12h 4 - Dipirona 2CC + AD, EV, S.O.S 5 - Ranitidina 50mg - 01 amp, + AD, EV, 8/8h 6 - Plasil - 01 amp + AD, EV, S.O.S 7 - SSV e CCGG</p>	<p><i>Almeida</i></p> <p><i>12/12</i> <i>8/8</i> <i>06</i> <i>06</i> <i>06</i></p>			<p>22 hrs Verificado RA 120x80cm</p>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-Pi

Dr. *Bárbara Barbosa Pereira*
 CRM: 100299 - 100440 - 5347
 OAB: 100299 - 100440 - 5347
 CRIB: 100299 - 100440 - 5347



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	ORTOPÉDIA
<p>NOME <u>Edson Elvande J. de Oliveira</u></p> <p>DATA <u>13/11/19</u> # <u>57 da Prof. de</u></p> <p>01. DIETA LIVRE <u>adias,</u></p> <p>02. JELCO HIDROLISADO</p> <p>03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p> <p>04. CEFAOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>05. DIFPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p> <p>07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</p> <p>09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg</p> <p>11. CURATIVO</p> <p>12. SSV + CCGG</p>						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lote C
Centro - Nave CEP: 64.802-400
Teresina-PI



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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
ORIGEM: OREBÉDIA
COMPENSAÇÃO S.A.
Cidade de Teresina, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			ALA	ENF. OU APT.	LEITO
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			18:00	16:00	
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIFPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			19:00	18:00	
06. TILACTIL 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. ETEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
<p align="right">Dr. <i>[Assinatura]</i> P. Filho Diretor de Clínica Médica CRM: 25712 - ROR: 1338</p>					
<p align="right">Já 20h, encaminhada para 3401102 mmHg no Ambulatório para</p>					



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lado C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETALIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. GEFALOTINATIS - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. HEXATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEXYNIE 40MG - 01 AMP - 9G-1XEMIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

Dr. Conquindes P Filho
 Ortopedia
 GHM-557
 13:08



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

ala A
 58/45

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT. COLEGIADOS	LEITO	ORTOPÉDIA
01. DIETA LIVRE 02. JELCO HIDROLISADO 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (58/45) 05. DIFPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (58/45) 06. MILXINIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (58/45) 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) 08. GLEKANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (58/45) 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg 11. CURATIVO 12. SSVV + CCGG				
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 MAR 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Farias, 465 Lda.C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI				
				OBSERVAÇÕES ASH segue evoluçãoda infarçãomai p/realizar em 16.11.18, por admitido no clinica ortopedica devido a fratura do fêmur de pacie. segue BCG, NORT, pontos de balcões em orelhas. Nage adq. e manuseio de venha. Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.
				Nage HAS, DM, alergias medi- camentosas. Autônomo de cuidado. Eliminaçãõs gran- des diárias.



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

NOME <u>Carlos Eduardo</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>17/03/2018</u>	ALA	ENF. OU APT. 13	LEITO 43	ORTOPÉDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORARIO MEDICAÇÃO OBSERVAÇÕES <u>MS TRABALHA POR 11:00-18:00</u> <u>18:00-06:00</u> <u>06:00-12:00</u> <u>12:00-18:00</u> <u>18:00-06:00</u> 18:00 06:00 06:00 12:00 18:00 06:00 06:00			
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. ILLAPRIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEKXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

Dr. Carlos Eduardo
 CRM: 2577
 C.R.C. 1.275-88

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Rosende, 455 Loja C
 Centro-Norte CER: 64.002-470
 Teresina-PI



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME <i>Paulo Eduardo</i> DATA <i>18/11/18</i> PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA ENF. OU APT. <i>18</i> LETO <i>41</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE			
02. JELCO HIDROLISADO			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>18</i>	<i>18</i>	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12</i>	<i>18</i>	
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		<i>18</i>	
06. HEATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		<i>18</i>	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP 9C-1X/DIA			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			
11. CURATIVO			
12. SSVV + CCGG			

Paulo Eduardo
 CRM: 111.250 / 111.250
 OMP: 000011111111111111



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME	ALIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
		ENF. OU APT	LEITO	
NOME <u>Carlos Bezerra</u> DATA <u>19/03/18</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA				
01. DIETALIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 06 HORAS				
05. DIFPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TRAMAL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP 9C 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSV + CCGG				

Dr. Conquistador P. Trillo
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 2570 / 1301 / 2015



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME	Carlos Eduardo	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA			18	41			
DATA	20/11/18						
01. DIETALIVRE						As 12:00 hr por com Tax=36,5°e	
02. JELCO HIDROLISADO						sem queixas no momento, segue sob	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						os 12:00 hr com infusão de 120ml	
04. CEPALOPINA 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						As 15:35 por, rapidamente evolu	
05. DIFIRONA 1g - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						do, melancólico, acidez alta	
06. TICLIDIL 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS						reflexa, hirsutismo, membros	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS						leais sem bulhas, sem	
08. CHEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA						e repouso relativo, em	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS						ção, diátese pretela voluta	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						Terço. PA - 120x80 mmHg	
11. CURATIVO						98 bpm, FR - 21 rpm, Ectop	
12. SSV + CCGG						Arterial - 1 -	
						As 20:45h -	
						consistência, sem puer	
						edias, membros com	
						PA - 120x80 mmHg, FC 60 bpm	



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETALIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CEFEXIME 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
				Dr. Consequência P. Filho Médico Internista CRM: 2512 / RQE 7348	
				Paciente chegou segue em Belé aguardando o sinal para ser liberado para casa em 22.11.18 por no 22.054 devido a falta de guarda. Segue RG emitido, em todo, disponibilizado sem lib. (Nº de dados) nomes de vinhos. Autônomo de saúde. Placas paradas. 23. 200	
				Sábulo Floriano-PI Hospital Regional 20180929 473276	
				22:00h Venha Casa da PA 165x89 mm em TB. Freq Alveolo 17	



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
			ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
01. DIETA LAMBRE 2000						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOSFINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRANMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CEFEXANE 40MG - 01 AMP 9G-1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVV + CCGG						

[Handwritten signature]
MÉDICO RESPONSÁVEL

[Handwritten notes in the Observations column]
De 12:00hs seguinte de PA
140x80mmHg
AS 12:00hs pac. em
130mmHg
E paciente em atencão farmacológica com analgesia
e teste de teste glaucoscopy
sem e reportes sorçograf
sem guias e cpr etc
As 24:00 horas o paciente
PA 120x80mmHg em
sem teste



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

DEPARTAMENTOS DE SINIST
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICAR
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Cosmo de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
			ENF. OU APT.	LEITO	
01. DIETA LEBRE	200, (horário 8/19 02)				
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFOTICINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS = 1/1					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLORANIL 400MG - 01 AMP - 8C - 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					
13. Clonidine 8/0,2mg IV 6/6h					
<p>Di. Nelsonito Mourão Ortopedia - Teresina/PI</p>					





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

D. Assoc: 27.05.81
37 anos
Flórida - PI

Nome do Paciente: Carlos Eduardo Alves de Oliveira Reg. Same 32.667
Cirurgia: Osteotomia de Antebraço Esquerdo Sala: 03
Cirurgião: D. Alexandre Auxiliar: D. Francisco Junior
Instrumentador: Lindoval Circulante: Neuza e Quirino
Data: 24 / 11 / 18 Início: 15:45 Término: 16:40 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PUNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA		02 parcos		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	GEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL	Cephalina 1g	02 parcos		
13	DECADRON				
14	DOLASSAL		01 amp.		
15	DORMONID	Dipirona 1g	02 amp.		
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE	Orbitrona	01 amp.		
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO	500ml	03 parcos		
39	TRANSAMIN	lidocima 1% 10ml	02 parcos		
40	THIONEBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sousa, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLÓRIDA - PIAUÍ
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 25/11/2018
ASSIN



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Carlos Eduardo Gomes de Oliveira</u>				Registro: <u>32667</u>							
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____							
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura					
<u>24/11/18</u>	<u>150x80</u>	<u>78</u>									
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia					
Exame de Urina											
F. do Respiratória											
S. do Circulatório				Eletrocardiograma							
<u>Est. bom</u>											
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite					
Sistema Digestivo				Sistema Urinário							
Estado Mental				Corticóides		Atarácicos					
<u>G = 15</u>						Outros					
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco							
<u>Exat. de antebraço</u>											
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:						
Agentes Anestésicos	Oxigênio	RPE				TOTAL DE DOSES					
JIDO	1							Ureolina 27-100			
	2							Bupivacaína 0,9% 27-100			
	3							AD = 100			
Temperatura T°	C							260		SEQUÊNCIA 1 Cefazolin 2g 2 Diploina 2g 5 Decadron 10mg 7 Oxicodona 10mg 9 RPE 11 12 13 14 15	
	240							260			
P. Arterial	V							220			
	A							180			
Pulso	38							180			
	36							150			
Início e Fim Anestesia X	36	150									
	34	120									
Início e Fim Operação	34	120									
	32	100									
Respiração	32	80									
	30	60									
SÍMBOLO	30	40									
	10	20									
				DURAÇÃO							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64302-470
 Teresina-Pi

Dr. Danilo Augusto M. da Silva
 ANESTESIA
 05/12/2018

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 COMPARE COM O ORIGINAL
 DATA 05/12/2018
 ASSIN

Técnica: Blq. supraclavicular
Alakandre





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SEPLAN
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

AGÊNCIA SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Sala C
Centro-Norte CEP: 64.200-000
Teresina-PI

Hospital Regional
Tiberio Nunes

Nome do Cliente: Edson Eduardo Alves de Oliveira

Data de nascimento: 27/05/1971

Prontuário: 32667

Enfileite: 18/42

Data do Procedimento: 24/01/19

Procedimento Cirúrgico: _____

Pulseira de Identificação: () Sim () Não Horário SSV: 12:00 T: 36:14 FC: 78 bpm FR: 23 lpm PA: 120x70 mm

Glicemia Capilar: _____ mg/dl Acesso Venoso: (x) Periférico () Central (especificar local, calibre e n° de dias) 8x0 MSc 5-18 - 25/01/19

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____ Jejum (x) Sim () Não A partir das: 21:00h

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

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

Higienizado: (x) Sim () Não Tocolomia: () Sim (x) Não Camisola, gorro e pro-pés: (x) Sim () Não

Alergias: () sim Qual: _____ (x) Não Exames essenciais disponíveis: (x) Sim () Não

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

Prontuário completo com ficha de internação (x) Sim () Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coslho de Resende, 165 - 5º andar
Centro - Curitiba - Paraná - 81120-002
CNPJ nº 07.341.489/0001-00

Marcos Cavalcanti Eduardo Alves de Oliveira Procedimento: *Adesão de pele e fechamento de ferimento Exposto*

Cirurgião: *Dr. Alexandre* Auxiliar: *Dr. Francisco Sirovny* Anestesiista: *Dr. Danilo*

Instituintor: *Uniodontol* Enfermeiro: *Uniodontol* Cirurgião: *Cláudia e Nayara*

INDICAÇÃO ANESTÉSICA	ANTE DA INSCRIÇÃO CIRÚRGICA	ANTE DA SAÚDE DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - () Sim (X) Não () Não se Verificação do equipamento de anestesia e modificação, pelo anestesista: (X) Sim () Não P.A. <i>144 x 92</i> SPO2: <i>99%</i> P: <i>65 bpm</i> Via aérea difícil ou risco de aspiração: (X) Não () Sim Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? (X) Sim () Não Risco de perda sanguínea > 500ml? () Sim (X) Não Reserva sanguínea? () Sim (X) Não Acesso venoso adequado e pérvio? (X) Sim () Não () AVC () AVP Consentimento anestésico e cirúrgico (X) Sim () Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: (X) Sim () Não Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente: Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado (X) Sim () Não PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? () Sim (X) Não Preparo da pele? (Y) Sim () Não Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? (X) Sim () Não Equipamentos e instrumentais revisados? (X) Sim () Não Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? () Sim () Não Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) () Sim () Não Número de compressas antes do procedimento: <i>05 lavas</i> P.A. <i>156 x 91 mmHg</i> SPO2: <i>99%</i> P: <i>33 bpm</i>	Confirmar nome do procedimento realizado: <i>Adesão de pele e fechamento Exposto</i> Número de compressas antes da primeira sutura: <i>05 lavas</i> Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? (X) Sim () Não Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente; requisição preenchida? () Sim () Não (X) Não se aplica Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? () Sim (X) Não P.A. <i>164 x 106 mmHg</i> SPO2: <i>99%</i> P: <i>71 bpm</i> Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:

Assinatura: *[Assinatura]* ENFERMEIRO *997* TEC. EM ENFERMAGEM CIRURGIÃO ANESTESISTA

Dr. Danilo *Dr. Francisco Sirovny* *Cláudia e Nayara*

NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HIRTIN





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0596688 Registro: 32667
 Data: 27/11/2018 Hora: 09:54:00
 Funcionario: ALDENIZE Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 14

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS,6 MESES CPF: 009 153.643-01 - RG: 1991205/pi - SUS:
 End.: JOSINA CARVALHO, 550 - Profissão: MARCENEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
 Cor: PARDA Telefone: () Bairro: IRAPUA II Cidade: **FLORIANO/PI**
 Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clinica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
 Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

27/11/2018 9:54 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Material hospitalar

Qtd.		Qtd.	
()	Agulha 13x4	()	Scalp nº 19
()	Agulha 25x7	()	Scalp nº 21
()	Agulha 30x8	()	Scalp nº 23
()	Catéter p/ O ²	()	Scalp nº 25
()	Eletrodo	()	Seringa 1ml
()	Equipo macrogotas	()	Seringa 3ml
()	Equipo microgotas	()	Seringa 5ml
()	Equipo p/ bomba de infusão	()	Seringa 10ml
()	Equipo p/ hemotransusão	()	Seringa 20ml
()	Esparadrão 10x4,5 cm	()	Sonda aspiração nº 12
()	Fio Mononylon 2.0	()	Sonda aspiração nº 14
()	Fio Mononylon 3.0	()	Sonda aspiração nº 16
()	Fio Mononylon 4.0	()	Sonta de fowley nº 12
()	Fio Mononylon 5.0	()	Sonta de fowley nº 14
()	Jelco nº 14	()	Sonta de fowley nº 16
()	Jelco nº 16	()	Sonta de fowley nº 18
()	Jelco nº 18	()	Sonda nasogastrica nº 14
()	Jelco nº 20	()	Sonda nasogastrica nº 16
()	Jelco nº 22	()	Sonda nasogastrica nº 18
()	Jelco nº 24	()	Tubo endotraquial nº 5,5
()	Lâmina de bisturi nº 24	()	Tubo endotraquial nº 6,0
()	Luva estéril nº 7,0	()	Tubo endotraquial nº 6,5
()	Luva estéril nº 7,5	()	Tubo endotraquial nº 7,0
()	Luvas de procedimento	()	Tubo endotraquial nº 7,5
()	Multivia	()	Tubo endotraquial nº 8,0
()	Pacote de gazes	()	Tubo endotraquial nº 8,5
()	Atadura	()	Colagenase
()	Eter	()	Lidocaina em gel
()	Povidine tópico	()	Agua oxigenada
()	Povidine degermante	()	SGF
()	Clorexidina	()	SF
()	Alcool	()	SG
()	Sufa de azina de prata	()	SRL
		()	Agua destilada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Outros: *Q3 Eduardo*

Belinda



TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO:

PACIENTE: Carlos Eduardo Alves de Oliveira SEXO: M IDADE: 37
 MUNICÍPIO DE ORIGEM: Itaueira U.F.: PI

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/ HISTÓRIA:

curativo no MSE

MEDICAÇÃO ATUAL:

nenhuma

ALERGIAS:

nenhuma

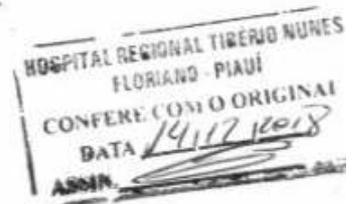
SINAIS E SINTOMAS:

P.A= _____ mm/hg T= _____ °C GLICEMIA CAPILAR= _____ mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- PRIORIDADE ZERO: EMERGÊNCIA** - Casos graves: necessita de atendimento imediato.
- PRIORIDADE 1: URGÊNCIA** - Pacientes que necessitam de atendimento imediato, mais não correm risco de vida.
- PRIORIDADE 2: PRIORIDADE NÃO URGENTE**
- PRIORIDADE 3: CONSULTA DE BAIXA COMPLEXIDADE** - Atendimento de acordo com o horário de chegada; Casos para atendimento na rede básica de saúde



CONDUTA DE ENFERMAGEM:

Solu de curativo

DATA: 28/11/18 HORÁRIO: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: [Signature]





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNP): 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0596956
 Data: 28/11/2018
 Funcionario: MARIACLARA

Registro: 32667
 Hora: 10:35:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 19

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

Nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS, 6 MESES, 1 DIA
 End.: JOSINA CARVALHO, 550 -
 Cor: PARDA Telefone: () -

Profissão: MARCENEIRO

CPF: 009.153.643-01 - RG: 1991205/pi - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0

Bairro: IRAPUA II

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

Pai: *****

Clinica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
 Responsavel: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

28/11/2018 10:35 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Material hospitalar

Qtd.

Qtd.

- () Agulha 13x4
- () Agulha 25x7
- () Agulha 30x8
- () Catéter p/ O²
- () Eletrodo
- () Equipo macrogotas
- () Equipo microgotas
- () Equipo p/ bomba de infusão
- () Equipo p/ hemotransfusão
- () Esparadrappo 10x4,5 cm
- () Fio Mononylon 2.0
- () Fio Mononylon 3.0
- () Fio Mononylon 4.0
- () Fio Mononylon 5.0
- () Jelco nº 14
- () Jelco nº 16
- () Jelco nº 18
- () Jelco nº 20
- () Jelco nº 22
- () Jelco nº 24
- () Lâmina de bisturi nº 24
- () Luva estéril nº 7,0
- () Luva estéril nº 7,5
- () Llavas de procedimento
- () Multivia
- () Pacote de gazes
- () Atadura
- () Eter
- () Povidine tópico
- () Povidine degermante
- () Clorexidina
- () Alcool
- () Sufo de azina de prata

- () Scalp nº 19
- () Scalp nº 21
- () Scalp nº 23
- () Scalp nº 25
- () Seringa 1ml
- () Seringa 3ml
- () Seringa 5ml
- () Seringa 10ml
- () Seringa 20ml
- () Sonda aspiração nº 12
- () Sonda aspiração nº 14
- () Sonda aspiração nº 16
- () Sonta de fowley nº 12
- () Sonta de fowley nº 14
- () Sonta de fowley nº 16
- () Sonta de fowley nº 18
- () Sonda nasogastrica nº 14
- () Sonda nasogastrica nº 16
- () Sonda nasogastrica nº 18
- () Tubo endotraquial nº 5,5
- () Tubo endotraquial nº 6,0
- () Tubo endotraquial nº 6,5
- () Tubo endotraquial nº 7,0
- () Tubo endotraquial nº 7,5
- () Tubo endotraquial nº 8,0
- () Tubo endotraquial nº 8,5
- () Colagenase
- () Lidocaina em gel
- () Agua oxigenada
- () SGF
- () SF
- () SG
- () SRL
- () Agua destilada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
 FLORIANO - PIAUI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 14/12/2018
 ASS: _____

Outros:





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.553.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Ambulatório)

Atendimento: B0597183 Registro: 32667
 Data: 29/11/2018 Hora: 09:39:00
 Funcionario: JOAQUIM Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 11

SUS

CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 009.153.643-01 - RG: 1991205/pi - SUS:
 nasc.: 27/05/1981 Idade: 37 ANOS,6 MESES,2 DIAS Profissão: MARCENEIRO Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-(
 Ind.: JOSINA CARVALHO, 550 - Bairro: IRAPUA II Cidade: **FLORIANO/PI**
 Mor: PARDA Telefone: () - Mãe: ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA Pai: *****

Clínica: **PROCEDIMENTOS** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
 Responsável: CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

29/11/2018 9:39 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)

Material hospitalar

Qtd.		Qtd.	
()	Agulha 13x4	()	Scalp nº 19
()	Agulha 25x7	()	Scalp nº 21
()	Agulha 30x8	()	Scalp nº 23
()	Catéter p/ O ²	()	Scalp nº 25
()	Eletrodo	()	Seringa 1ml
()	Equipo macrogotas	()	Seringa 3ml
()	Equipo microgotas	()	Seringa 5ml
()	Equipo p/ bomba de infusão	()	Seringa 10ml
()	Equipo p/ hemotransusão	()	Seringa 20ml
()	Esparadrupo 10x4,5 cm	()	Sonda aspiração nº 12
()	Fio Mononylon 2.0	()	Sonda aspiração nº 14
()	Fio Mononylon 3.0	()	Sonda aspiração nº 16
()	Fio Mononylon 4.0	()	Sonta de fowley nº 12
()	Fio Mononylon 5.0	()	Sonta de fowley nº 14
()	Jelco nº 14	()	Sonta de fowley nº 16
()	Jelco nº 16	()	Sonta de fowley nº 18
()	Jelco nº 18	()	Sonda nasogastrica nº 14
()	Jelco nº 20	()	Sonda nasogastrica nº 16
()	Jelco nº 22	()	Sonda nasogastrica nº 18
()	Jelco nº 24	()	Tubo endotraquial nº 5,5
()	Lâmina de bisturi nº 24	()	Tubo endotraquial nº 6,0
()	Luva estéril nº 7,0	()	Tubo endotraquial nº 6,5
()	Luva estéril nº 7,5	()	Tubo endotraquial nº 7,0
()	Luvas de procedimento	()	Tubo endotraquial nº 7,5
()	Multivia	()	Tubo endotraquial nº 8,0
()	Pacote de gazes	()	Tubo endotraquial nº 8,5
()	Atadura	()	Colagenase
()	Eter	()	Lidocaina em gel
()	Povidine tópico	()	Água oxigenada
()	Povidine degermante	()	SGF
()	Clorexidina	()	SF
()	Alcool	()	SG
()	Sufa de azina de prata	()	SRL
()		()	Água destilada

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - N.º 41 CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Outros: 3 curativos

Ruth Maria Frances M. de Silva
 Ruth Maria Frances M. de Silva
 Enfermeira
 CRP: 445-554



REGISTRO GERAL 1.991.205 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/14

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME CARLOS EDUARDO ALVES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO ANGELA MARIA ALVES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 27/05/1981

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 21217 F 225

EXP CAMPO MAIOR-PI 12/05/99

TERESINA-PI 009.153.643-01 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Carlos Eduardo Alves de Oliveira

0479513

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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



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

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1012642520

NOME
 AGUSTINKO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR)UF
 195451 SSP PI

CPF 077.532.253-91 DATA NASCIMENTO 02/03/1954

FILIAÇÃO
 JOAO ODORICO FERREIRA
 LUISA MARIA DA
 CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB. AC

Nº REGISTRO 03326825915 VALIDADE 10/12/2019 1ª HABILITAÇÃO 06/01/1981

OBSERVAÇÕES

Agustinko Ferreira do Nascimento
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FLORIANO DATA DE EMISSÃO 18/12/2014

Jan Martin Coqueiro Linhares
 SAN MARTIN COQUEIRO LINHARES
 DIRETOR GERAL DO DETRAN-PI
 ASSINATURA DO EMISSOR

55065857216
 PT314035559

DETRAN-PI (PI/PAU)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1012642520

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 MAR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI





Cardiologia - Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Pediatria - Psiquiatria
Raio x Digital - Fisioterapia - Psicologia - Nutrição - Exames laboratoriais

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que o paciente Carlos Eduardo Alves de Oliveira, 37 anos, RG 1991205, CPF 009.153.643-01, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 10/11/2018 com ficha de atendimento de número P0592249, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 104347.000593/2019-07, com trauma no antebraço esquerdo e exames de imagem evidenciando fratura do rádio, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta, evolui com dor e edema, limitação de flexo-extensão do punho esquerdo de aproximadamente 20%, limitação da pronosupinação do antebraço esquerdo de aproximadamente 20% e diminuição da força muscular do membro superior esquerdo de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S - 52.3

Floriano - PI

10/04/2019



Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista - Traumatologista
CRM: 4315 / TEOT: 14175

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Felix Pacheco, 1054, Bairro Mangueira, CEP 64200-180, Floriano - PI
(89) 3521-2849 / 9.9976-3000 | FAX 9.9443-0660 CNAES



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francilene Valentim Rocha
RG nº 1.546.309, data de expedição 07/08/94
Órgão _____, portador do CPF nº 841.742.423-72
com domicílio na cidade de Floresta, no Estado de Piáu
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Raimundo Pereira dos Santos, nº 200
complemento Bairro São Bona declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Carlos Eduardo Alves de Oliveira, cujo o condutor era
Carlos Eduardo Alves de Oliveira
Veículo: motocicleta Modelo: Honda POP 110 I Ano: 2019
Placa: DUE 9121 Chassi: 9C2JB0100KR105D55
Data do Acidente: 10/11/18

Local e Data: Floresta-Pi, 16.03.19

Francilene Valentim Rocha

Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS, PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
Rua Fernando Marques, 819 - C. Floriano/Pi - CEP 64800-000
Fone/Fax: (89) 3522-3333
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO
Reconheço a(s) firma(s) de FRANCILENE VALENTIM ROCHA
Como Verdadeira Autêntica Semelhança
Dou fé. Floriano/Pi, 18/03/19

Gillete Ferreira da Silva Almeida - Tabelá Gilvane Ferreira da Silva - Tabelá Justine Nunes Gomes Cavalcante - Tabelá





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.078.800/1-09 | Ins. Estadual: 19.301.041/5
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - TSE 011-5
Regime especial de impostos autorizados pela SEFAZ/PI-58

Nº da Nota Fiscal: 019506986

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	10/04/2019	182	166,50

CRISTIANE DA CONCEIÇÃO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO ROT: 97.800.17.19.069400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	kWh: 12550	Atual	25/03/2019
Anterior	12368	Anterior	21/02/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	24/04/2019
Consumo Medido	182	Emissão	22/03/2019
Consumo Faturado	182	Apresentação	25/03/2019
Forma de Faturamento	NORMAL	Código de Irregularidade	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1441592		3.1.3.1	166

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano consumo			
FEV/19	173	CONSUMO	182 A R\$ 0,868147 = 158,00
JAN/19	142	CONTR. ILUMINACAO PUB: (COSIP)	8,50
DEZ/18	156		
NOV/18	187		
OUT/18	195		
SET/18	203		
AGO/18	188		
JUL/18	112		
JUN/18	145		
MAI/18	139		

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 152 - 0,920000

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/04/2019, em função das contas resgatadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na OCIPCA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já resgatada(s) no valor de R\$ 102,39 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelas opções de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por telefone ou pessoalmente em qualquer loja de atendimento.

RESERVADO AO FISCAL 8221.8D03.F898.ED2F.8EC3.0D0B.BBB6.1AEC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	32,77	Base de Cálculo	158,00
Energia	63,29	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	10,71	Valor do ICMS	34,76
Encargos	6,75	Valor da PIS	1,73
Tributos	44,48	Valor do COFINS	6,49%
			7,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Liquida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Resgatada	0,00			0,00			0,00	
Consumo							Período de apuração: 01/2019	0,00

ROT: 97.800.17.19.069400



SEU CÓDIGO
1335477-9

TOTAL A PAGAR - R\$
166,50

MÊS FATURADO
03/2019

VENCIMENTO
10/04/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.078.800/1-09 | Ins. Estadual: 19.301.041/5

Nº da Nota Fiscal: 019506986 FCM

83610000001 4 66500017000 1 000000001335 9 47790319008 0



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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 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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Agustinho Pereira do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.532.253 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Eduardo Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.153.643 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vitima Carlos Eduardo Alves de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.153.643 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

Endereço	Rua Bento Soares		Numero	262 A	Complemento	-
Bairro	Centro	Cidade	Gloriano	Estado	PI	CEP
Email	-		Telefone comercial(DDD)	89-3521 2793	Telefone celular (DDD)	64.800-000 89-99435 1033

Gloriano - PI, 27 de maço de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

