

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Pro... x 0800382-75.2020.8.18.0 x Merge PDF files online x WhatsApp x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=521759&ca=571fb91b87f8f56280dbdf9c8275e19799...

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

PJE ProceComCiv 0800382-75.2020.8.18.0100
JONATHAN AISLAN DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10954556 - CONTESTAÇÃO (2736891 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 11:21:28

24 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10954554 - CONTESTAÇÃO
 - 10954556 - CONTESTAÇÃO (2736891 CONTESTACAO 01)
 - 10954561 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10954562 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10954563 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10954564 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2736891- CS/ 2020-02663/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMÍDIO/PI

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+ proc adm.pdf Exibir todos x

PT 11:21 24/07/2020



Número: **0800382-75.2020.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JONATHAN AISLAN DA SILVA (AUTOR)		LEONARDO DE ARAUJO ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10954 561	24/07/2020 11:21	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00981/00982 - carta_03 - INVALIDEZ

00980491



Carta nº 15395037





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

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,

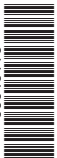
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15395521

Pag. 00231/00232 - carta_01 - INVALIDEZ

00040116





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, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data do Acidente: 25/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JONATHAN AISLAN DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000972

Conta: 0000012284-7

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

Pag. 00511/00512 - carta_15R - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 023.881.991-93	4 - Nome completo da vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
5 - Nome completo: JONATHAN AISLAN DA SILVA	6 - CPF: 023.881.901-93	
7 - Profissão: AUTOMOTOR	8 - Endereço: RUA ARIAS SA COUTINHO	9 - Número: 451
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: COLONIA DO GARGUEIA VIADU	13 - Estado: PI
14 - CEP: 64885-000	15 - E-mail: MOVELSPONTE@HOTMAIL.COM	16 - Tel. (DDD): 89 9467-3731

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
☐ RECUSO INFORMAR	☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0972 078 CONTA: 12284 7	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:	
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.	
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.	
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.	

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____	
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____	
Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JONATHAN AISLAN DA SILVA	43 - Assinatura do Procurador (se houver):
--------------------	---	--

do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - GPI
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE CANTO DO BURITI-PI
Rua Getúlio Vargas s/nº, Santa Luzia, Canto do Buriti-PI, CEP 64.890-000, email: dpcantodoburiti@gmail.com.br

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 657/2019 - 17ª DRPC DE CANTO DO BURITI

Delegacia: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Delegado: Yan Rego Brayner

Resp. p/ Registro: Daniele Batista Araujo
Data/Hora: Sexta-feira - 19/07/2019 - 08h13min

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: 17ª Delegacia de Canto do Buriti/PI
Local do fato: Via Pública
Endereço: BR 135
Bairro: Centro
Ponto de Ref. Próximo a Rodoviária
Município: Colônia do Gurguéia
Data/Hora: 25/01/2019, às 20:10h
Estado: PI

DADOS DO NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: Jonathan Aislán da Silva
RG: 2.715.762 SSP/DF
CPF: 023.881.901-93
Filiação: José Antonio da Silva e Maria Anazilda Alves da Silva
Endereço: Rua Arias Sá Coutinho, nº 451
Bairro: Centro
Ponto de Ref.
Município: Colônia do Gurguéia
Idade: 27 anos - 05/04/1992
Telefone: (89)99431-5244
Estado: PI

PESSOAS ENVOLVIDAS/ACUSADO

Nome:
RG:
Filiação:
Endereço:
Bairro:
Ponto de Ref.
Município:
CPF:
Telefone:
Idade:
Estado:

OBJETOS/MATERIAIS/EQUIPAMENTOS ENVOLVIDOS

Desej. Material:
Quantidade:
Valor RS:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca/Mod/Ano: HONDA/CG 125 FAN ES, Ano: 2014, Licenciado em nome de: Maria das Neves Alves da Silva
Cor: Vermelha
Chassi: 9C2JC4120ER023815
Placa: PIB-7892
Renavam: 01003071853

NARRATIVA DO FATO

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, hora e local acima descrito, estava transitando em uma motocicleta indo em direção a sua residência; Que no sentido oposto estava transitando um automóvel (FIAT PALIO ATTRACT 1.0, Ano: 2016/2017, Cor: Branco, Placa: PIO 5218); Que o condutor do automóvel foi realizar uma conversão e o noticiante acabou abalroando frontalmente com o veículo; Que perdeu o controle da motocicleta e acabou caindo no meio da pista; Que o condutor do veículo não prestou socorro ao noticiante; Que foi socorrido por populares que estavam em um bar próximo ao local do fato; Que foi conduzido para o Centro de Saúde Vale do Gurguéia na cidade de Colônia do Gurguéia/PI; Que recebeu os primeiros atendimentos por volta de 20:30h; Que foi diagnosticado com Fratura exposta em perna esquerda e escoriações; Que foi transferido para o Hospital Regional Tiberio Nunes na cidade de Floriano/PI; Que foi realizado Procedimento Cirúrgico na data do dia 26/01/2019 às 09:05h de nome LMC+ FIX. EXTERNA DE TÍBIA E (Perna Esquerda); Que se responsabiliza pela informação prestada. É o relato.

Jonathan Aislán da Silva
Noticiante

Daniele Batista Araujo
Escrivão(a) ad. not./Agente

Obs: A falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

JONATHAN AISHAN DA SILVA

023.881.901-93

25/01/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Colônia do Gurgene 24 de Janeiro de 2020

Local e Data

Jonathan Aishan da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JONATHAN AISLAN DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00972

CONTA: 000000012284-7

Nr. da Autenticação 32D1DFBB321550CF





Número do documento: 20072411212699900000010385283

Num. 10954561 - Pág. 8

[illegible]



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLÔNIA DO GURGUÊIA - PI
CENTRO DE SAÚDE VALE DO GURGUÊIA
Av. Raimundo da Rocha Soares - Centro
Colônia do Gurguéia - Piauí

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: <u>Jonathas Airlan da Silva</u>		
Data de Nascimento: <u>04/05/1992</u>	Profissão: <u>Trabalhador Rural</u>	Sexo: <u>M</u> () F
Filiação:	Pai: <u>Don. Antonio da Silva</u> Mãe: <u>Ylma Amazilda Alves da Silva</u>	
Endereço: Bairro: <u>Centro</u> Rua(AV): <u>Rua Ayrton de Sá Coutinho Nº 3243</u> Município: <u>Colônia do Gurguéia</u> Estado: <u>Piauí</u>		

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

Data do atendimento: 25/01/2019 Hora: 20:30hrs

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

Tratamento de diabetes mellitus, atualmente com uso de insulina, com leve presença de em-
bolismos com risco de agravamento em caso

DIAGNOSTICO

Diabetes mellitus em fase avançada.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Não foram realizados

TRATAMENTO REALIZADO

Internado no Hospital de Referência (HRH)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|---|---|
| ☐ Drenagem de Abscesso | ☐ Retirada de Corpo Estranho |
| ☐ Pequena Cirurgia | ☐ Sutura Simples |
| ☐ Terapia Medicamentosa | ☐ Paciente em Observação |
| ☐ Consulta Medicamentosa | ☒ Outros <u>Exame de glicemia e HbA1c</u> |

Data de Nascimento: / /

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente:



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

1º DPO Ex. Exat. 1.1.1.1

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
<u>Leandro da Silva</u>		<u>18</u>	<u>32</u>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>27/11/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				Em 27.01.19, pelo 2º dia.
02. JELCO HIDROLISADO				paciente de 65 anos, 85 kg, 1,70 m, com queixa de dor no joelho direito, com uso de analgésicos.
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIFENIDRAMINA 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. CLEXANE 400MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL 6x PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<u>Curativo 1x 20 8/8 2</u>				
Dr. Felipe Nunes da Silva ORTOPÉDIA - TRATAMENTO CRM-PI 43157 DE 19/11/19				
Dr. Felipe Nunes da Silva ORTOPÉDIA - TRATAMENTO CRM-PI 43157 DE 19/11/19				

Em 27.01.19, pelo 2º dia.
 paciente de 65 anos, 85 kg, 1,70 m, com queixa de dor no joelho direito, com uso de analgésicos.
 Vozes de dor, manifestadas em 15 de 20 pontos de dor oral que foram a maioria dos pontos.
 Titulo 431326
 AS 08h. Realizado curativo + lavagem com solução de sabão, AS 18h. Verificado PA = 150x90 mmHg. Seguir sob monitorização.
 AS 24:00h - PA: 147x86
 F. C. 25 BPM Fred Pinheiro Sil
 COORDENADOR

[illegible]

Tibério Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

26/04/2020 Colônia

Paciente: Jonathan Davison da Silva D.N. 05.04.92
 Data: 26/04/20 Admissão às 10:40 Prontuário _____
 Alergia: Não Procedimento realizado: LMC + Fix. externa de
tubo E

DADOS REFERENTES A ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Diego CIRURGIÃO: Dr. Francisco + Dr. Felipe

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:40)

hora	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
TA	171x102	168x98	176x98	170x102				
Pulso	73bpm	75bpm	83bpm	83bpm				
FC								
SpO ₂	96%	95%	94%	94%				
HGT								
Dor(0-10)	0	0	0	0				
Ass.Func.	<u>Roberto</u>	<u>Roberto</u>	<u>Roberto</u>	<u>Roberto</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULAK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob o comando	Capaz de mover os 4 membros	2			2		
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1			
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			02	02	10		

ALTA às 11:30

Ass. Médico:

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PR 4976



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	
20/1/19	# 507#
	Transf. de 20 cc, procedente
	circuito para internação

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PE 4315 / TECE 16175

HOSPITAL REGIONAL TIROÍDIO BUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONF. CONT. ORIGINAL
DATA: 03.01.2019
ANEXO



Hora: 2:43

BOLETIM DE ADMISSÃO

187050 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 05/04/1992 - 26 ANOS, 9 MESES, 21 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX28 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2433 - JOAO SOARES JUNIOR

CPF: RG: 2715762 sep-pi C/N: S/S Prenatal:

Endereço: ARIAS DE SA COUTINHO, N° 3.243 - CEP: 64885-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2202752- COLONIA DO Profissão: ENTREGADOR Telefone: () -

Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA Mãe: MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA

Responsável: JONATHAN AISLAN DA SILVA - () - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Presença de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

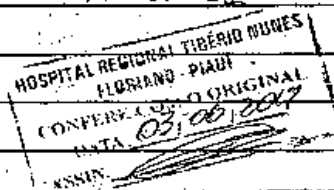
Transferido

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Óbito

História Clínica

Diagnóstico Provável



Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI: 4315 / TERT: 14175
JOAO SOARES JUNIOR





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0100-62

Telefone: (011) 3522-1489

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

18137

Atendimento: E0162696

INTERMADO

Coletado:

Data: 26/01/2019

Paciente: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Médico(a): SEM PROFISSIONAL

Convênio: SUS

Leito: EX28 Enfermidade: E01

Sexo: MASCULINO

Idade: 26 ANOS, 9 MESES, 21 DIAS

Imóvel: 26/01/2019

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS 4,61 milhões/mm³

HEMOGLOBINA 12,6 g%

HEMATÓCRITO 41,5 %

VCM 90,02 u³

HCM 27,33 pg

CHCM 30,36 %

OBSERVAÇÕES

4,5 a 5,9 milhões/mm³

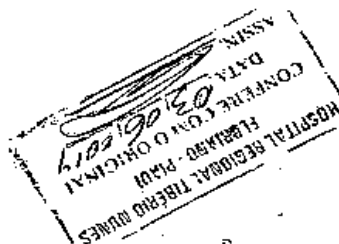
12,0 a 17,5 g%

40 a 52 %

60 a 100 u³

26 a 34 pg

31 a 36 %



LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS 9.500 mm³

NEUTRÓFILOS 0 %

MONÓCITOS 0 %

METAMIELOCITOS 0 %

EASTONETES 4 %

SEGMENTADOS 87 %

BAZÓFILOS 0 %

EOSINÓFILOS 2 %

LINFÓCITOS 5 %

MONÓCITOS 2 %

LINFÓCITOS ATÍPICOS 0 %

CONTAGEM GERAL 100,00

4.500 a 11.000 /mm³

0 a 1 % Até 100 /mm³

0 a 4 % Até 400 /mm³

36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³

0 a 1 % Até 100 /mm³

0 a 4 % 100 a 400 /mm³

20 a 40 % 900 a 4400 /mm³

2 a 8 % 200 a 600 /mm³

100 %

PLAQUETAS 300.000 /mm³

150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMÁCIAS LEVEMENTES HIPOCROMICAS-NEUTRÓCITOSE



(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

I070394 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data: 26/01/2019 Leito: EX28

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicções relevantes:

agnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

2- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data: / /

Procedimentos / Exames Invasivos

1-

Data: / /

2-

Data: / /

3-

Data: / /

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino: ☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para:

Observação:

Data: / /

Médico

CRM/Carimbo

Schizothorax sinensis

Num. 10954561 - Pág. 17

**Secretari
Hospit**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLÔNIA DO GURGUÊIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 41.522.250/0001-03
E-mail: admecolonia@hotmail.com

GOVERNO DO MUNICÍPIO
Colônia do Gurguéia

RECEITUÁRIO

Nome: Jonathan Nelson do Siqueira Data: 25/01/19
Endereço: CS: 162.32.96.22780018 Bairro: _____

ENCAMENTAMENTO MÉDICO

Paciente Jonathan Nelson do Siqueira, 26 anos, vítima de acidente motorcyclístico, evoluindo com dor em MMII. Nega outras queixas. Anamne: comorbidade, hipertensão, supracardíaco, hidratação e fígado. História prévia em MMII, além de distúrbio em perna esquerda.

PA: 120x80 mmHg PC: 87 bpm FC: 20 irpm

Tratamento de suporte de trauma ortopédico. Encaminhado paciente para atendimento especializado.

Enfermeiro(a) _____ Médico/CRM: Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO PACI
A. J. N.

DATA / HOR
CÓDIGO
2610

ATA / HOP
CÓDIGO

0197

Medico/CRM, Carimbo

Num. 10954561 - Pág. 18

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA - CHECK LIST

Nome: Jonathan Dias da Silva Procedimento: CME + Fixação Eletiva de Tala
 Cirurgião: LMC + Fixação de Tala "E" Auxiliar: Dr. Francisco + Dr. Felipe Anestesiista: Dr. Diego
 Instrumentador: Lindoval Enfermeiro: Lindoval Circulante: Jesús + Raimon

ANTES DA INICIAÇÃO DA ANESTESIA	ANTES DA INICIAÇÃO DA CIRURGIA	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): ☒ Sim () Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: ☒ Sim () Não	Confirmar nome do procedimento realizado: <u>CME + F. Eletiva de Tala</u>
Demarcação: ☒ Sim () Não () Não se aplica	Cirurgiões, anestesiologistas e equipe de enfermagem confirmam: identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado: ☒ Sim () Não	Número de compressas antes da primeira sutura: <u>5</u>
Verificação do equipamento de anestesia e monitorização pelo anestesiologista: ☒ Sim () Não	Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u>	Condições das mãos, antebraços e braços do cirurgião e do circulante no início do procedimento? ☒ Sim () Não
PA: <u>160x100</u> SpO2: <u>93%</u> F: <u>109 bpm</u> via aérea difícil ou risco de aspiração: ☒ Não () Sim	Alguma preocupação espúcie a relação com o paciente? ☒ Não	Pecas anatómicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, reglísticã preparadas? ☒ Sim () Não
Preparo da pele? ☒ Sim () Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? ☒ Sim () Não	Algum problema com equipamentos que de ser resolvido? ☒ Sim () Não
Material de vias aéreas disponíveis e funcionando? ☒ Sim () Não	Equipamentos e instrumentos revisados? ☒ Sim () Não	PA: <u>183x103</u> SpO2: <u>98%</u>
Risco de perda sanguínea > 500ml? ☒ Sim () Não	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? ☒ Sim () Não	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatório desse cliente:
Reserva sanguínea? ☒ Sim () Não	Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) ☒ Sim () Não	
Acesso venoso adequado e pérvio? ☒ Sim () Não () AVC () AVP	Número de compressas antes do procedimento: <u>5</u>	
Consentimento anestésico e cirúrgico ☒ Sim () Não	PA: <u>160x100</u> SpO2: <u>96%</u>	
<u>ENFERMEIRO</u>	<u>Dr. Felipe Nunes de Almeida</u> CIRURGIÃO	<u>Dr. Diego Nunes de Oliveira</u> ANESTESISTA

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - HRTN



Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1070394 - JONATHAN AISLAN DA SILVA

Data: 26/01/2019

Diag. Cirúrgico: F.F. exantema tipo ②

Cirurgia: LME + LIXAÇÃO externa

Descrição da Cirurgia:

- ② Thumbito - abrial sob rasatura
- ② Remoção + anti-ruína + campo externo
- ② Remoção definitiva de tipo
- ② LME exantema cl. 5º D.91
- ② Remoção externa + LIXAÇÃO externa - hipólise
- ② Intera local
- ② Intera

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDIA - ORTOFANATOLOGISTA
CRM-PE 4316 / TEO: 14175

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesiista: _____

Anestesia:

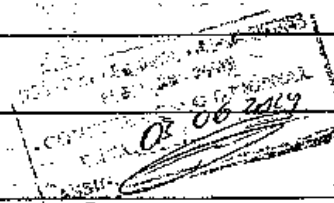
☐ RÁQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a)

João Paulo Soares de Sá

Inscrito(a) no CPF: _____ paciente sob meus
cuidados. Foi atendido(a) no dia ____/____/____ às _____ apresentando quadro
de _____ e necessitando de 20 dias de
repouso CID S82.7

Data 07/11/18
Dr. Conegundo de Fátima
Ortopedia Trau. e Orto
CRM: 2572 TE: 7348

Assinatura e Carimbo





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 0022

CNPJ: 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 - Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME: <u>Jonatha Avelar da Silva</u>		
Nº AIH	Nº PRONTUÁRIO <u>187050</u>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: <u>Ime. + Fixação da Fibra C.</u>		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME		
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO <u>26.1.19</u>		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <u>26.1.19</u>
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (elo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	<u>01</u>	Lote: 008928 Código: 308 e 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA BARTORI - LENEFIX TIBIA/TELMUR T 300 - ESTÉRIL Fab.: 06/12/2018 Val.: 12/2023 Registro Anvisa Nº 80083650051 Material ACO INOX/ALUMÍNIO Lutz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@bartoriind.br
	<u>06</u>	Lote: 007668 Código: AF35 e 660 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 280 X T Fab.: 12/11/2018 Val.: 12/2023 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138 Lutz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@bartoriind.br
DADOS DO Fornecedor		
EMPRESA:		CNPJ Nº
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM: <u>26.1.19</u>	EM: <u>26.1.19</u>	
Dr. Felipe Nunes de Almeida ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA CRM-PI: 43157 REG. 14773		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:22:42

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411212699900000010385283

Número do documento: 20072411212699900000010385283

Num. 10954561 - Pág. 22



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

Nome do Paciente: Jonathan Nilton da Silva Reg. Same: _____
Cirurgia: long + fixação de tuba e Sala: _____
Cirurgião: Dr Felipe + Auxiliar: Dr Leo Junior
Instrumentador: Dr Anderson Circulante: Dr Agma + Jéssica
Data: 26/01/19 Início: 08:05 Término: 10:32 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Quantidade	Medicamento	Observações	Observações
01	ADRENALINA		
02	ALBUMINA HUMANA		
03	ATROPINA		
04	ÁGUA DESTILADA		
05	AMPICILINA		
06	ADRENOPLASMA		
07	CEDILANIDE		
08	CLORETO DE POTÁSSIO		
09	CREME VAGINAL		
10	COLÍRIO		
11	CEFALOTINA 1g		
12	CLORAFENICOL		
13	OSCADRON		
14	DOLASSAL		
15	DORMONID		
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	PLASIN		
32	PROSTIGIMINE		
33	POMADA OFTALMOLÓGICA		
34	QUELICIM		
35	QUEMICETINA		
36	RINGER-LACTADO		
37	SORO FISIOLÓGICO		
38	SORO GLICOSADO		
39	TRANSAMIN		
40	THIONEMBUTAL		
41	VALIUM		
42	VITAMINA K		

Lote: 000925 Código: F08 e 205
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
BASTÃO - LÂMINA
TUBA/TEMUR T 500 - ESTÉRIL
Fab. 06/12/2018 Val. 12/2023
Registro Anvisa Nº 8088560031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Lote: 007445 Código: AF35 e 680
FINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X CX 4,5 X 200 X T

Fab. 12/11/2018 Val. 11/2023
Registro Anvisa Nº 8088560024
Material ACO INOX F135

Lote: 007445 Código: AF35 e 680
FINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X CX 4,5 X 200 X T

Fab. 12/11/2018 Val. 11/2023
Registro Anvisa Nº 8088560024
Material ACO INOX F135



Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		2 - CNES 2365146	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES 2365146	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE JONATHAN AISLAN DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 187050	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 152324632780018		8 - DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992	
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2		10 - NOME DA MÃE MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA	
11 - ENDEREÇO ARIAS DE SA COUTINHO, 3.243 - CENTRO		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA COLONIA DO GURGUEIA	
13 - CID - ICD 10 2202752		14 - UF PI	
15 - CEP 64885-000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Transtorno de ansiedade</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO <i>Ansiedade</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>72</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Transtorno de ansiedade</i>			
21 - CID PRINCIPAL 5.82.2			
22 - CID SECUNDÁRIO			
23 - CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Transtorno de ansiedade</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	
28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 55375880300		29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE JOAO SOARES JUNIOR		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019	
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>João Soares Junior</i>		33 - Nº DO CRM 152324632780018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº DO BILHETE	
36 - CNPJ EMPRESA		37 - SÉRIE	
38 - CNAE EMPRESA		39 - CBOR	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		42 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR M220390901	
43 - CÓDIGO () CNS (x) CPF 078.977.823-87		44 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.	
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		46 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



O mesmo foi atendido por Dr. Maria
 Te. Aldemira Carim. Pz. 649.643. Médica
 25.01.19. Plântio Noturno. Racião e laço. No 25.10
 Atilan da Silva, 25 anos, acompanhado por
 familiares. O mesmo sofreu um acidente motorista
 ficando em 135, e apresentava fratura em perna
 esquerda e algumas escoriações. Foi atendida por
 Dr. M. J. J. e feita medicação. Segundo presen-
 ça. Onde o mesmo foi levado para o hos-
 pital de Florianópolis. Tec. Enq. L. L. L. L. L.
 487393-PI
 26.01.19. Nota.

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2365146	
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2365146	
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		70394	
Identificação do Paciente		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		187050	
JONATHAN AISLAN DA SILVA		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2	
182324532760018		11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE		(89) 9455-4534	
MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA		14 - COD. URG. MUNICÍPIO	
12 - ENDEREÇO		15 - UF	
ARIAS DE SA COUTINHO, 3.243 - CENTRO		16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		2202752 PI 64885-000	
COLÔNIA DO GURQUEIA			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>Trauma por arma de fogo no abdômen</i> AIM NUNCA FOTOGRAFADA <i>Procedimentos:</i> AIM DIGITADA <i>40178</i> <i>8408050500</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO			
<i>Queda de arma</i> AIM NUNCA FOTOGRAFADA <i>Cf</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>7x</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
<i>Fratura de fêmur</i>			
21 - CID PRINCIPAL			
<i>S-82.3</i>			
22 - CID SECUNDÁRIO			
<i>V29.4</i>			
23 - CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<i>Internamento hospitalar</i>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<i>0415.030013</i>			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
ORTOPEDIA		URGÊNCIA	
28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS (x) CPF		55375880300	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
JOAO SOARES JUNIOR		26/01/2019	
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO GRUPO)		33 - ASS. E CARIMBO (Nº DO GRUPO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - Nº DO BILHETE	
36 - CNPJ EMPRESARIAL		37 - Nº DO BILHETE	
38 - CNPJ EMPRESARIAL		39 - Nº DO BILHETE	
40 - CNPJ EMPRESARIAL		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () NÃO EMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		M220390901	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS (x) CPF		078.977.823-87	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO C.R. ESCRITO)	
<i>74221</i> <i>22/01/2019</i>		<i>70394</i> <i>22/01/2019</i>	



SAÍDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.572.566 DATA DE EXPEDICÃO 17/05/19

NOME JONATHAN AISLANXOAS SILVA

PRONOME MARIA ANAZILDA ALVES DA SILVA
JOSE ANTONIO DA SILVA

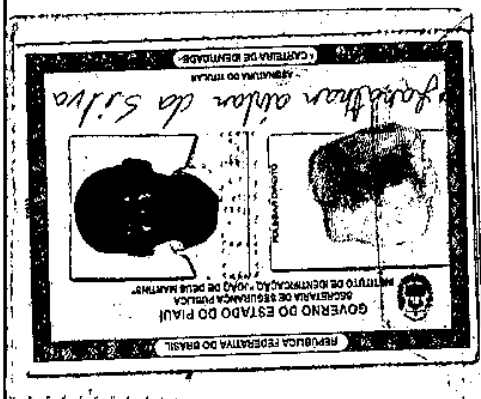
NATURALIDADE BRASÍLIA-DF DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992

DOC. ORDEM CERT. NASC. 39212-1-MA73-F-512
EXP. SOBRADINHO-DF 10/01/2022

023.881.901-98

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 85.260/83





Documentos de Identificação





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA E CIENTÍFICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS
PRONTUÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



Reg. Civil	2-715-762	Reg. Criminal		
Nome Completo	Jonathan Amador da Silva			
Nome do Pai	José Antônio da Silva			
Nome da Mãe	Maria Anagilda Alves da Silva			
Data de Nascimento	05/04/1998	Nacionalidade	Brasileiro	
Cidade	Colônia do Gurgueia		UF	PI

CARACTERES FÍSICOS

Cor Cabelos	Pretos	Tipo Cabelos	Curtos	Códn		FD Série	
Cor Olhos	Pretos	Tipo Olhos	Grandes	Altura	1.70	FD Sessão	
Outras Características (Anomalias, Anomalias, etc.)				Sexo (MF)	M	Assinatura Papiloscópica	

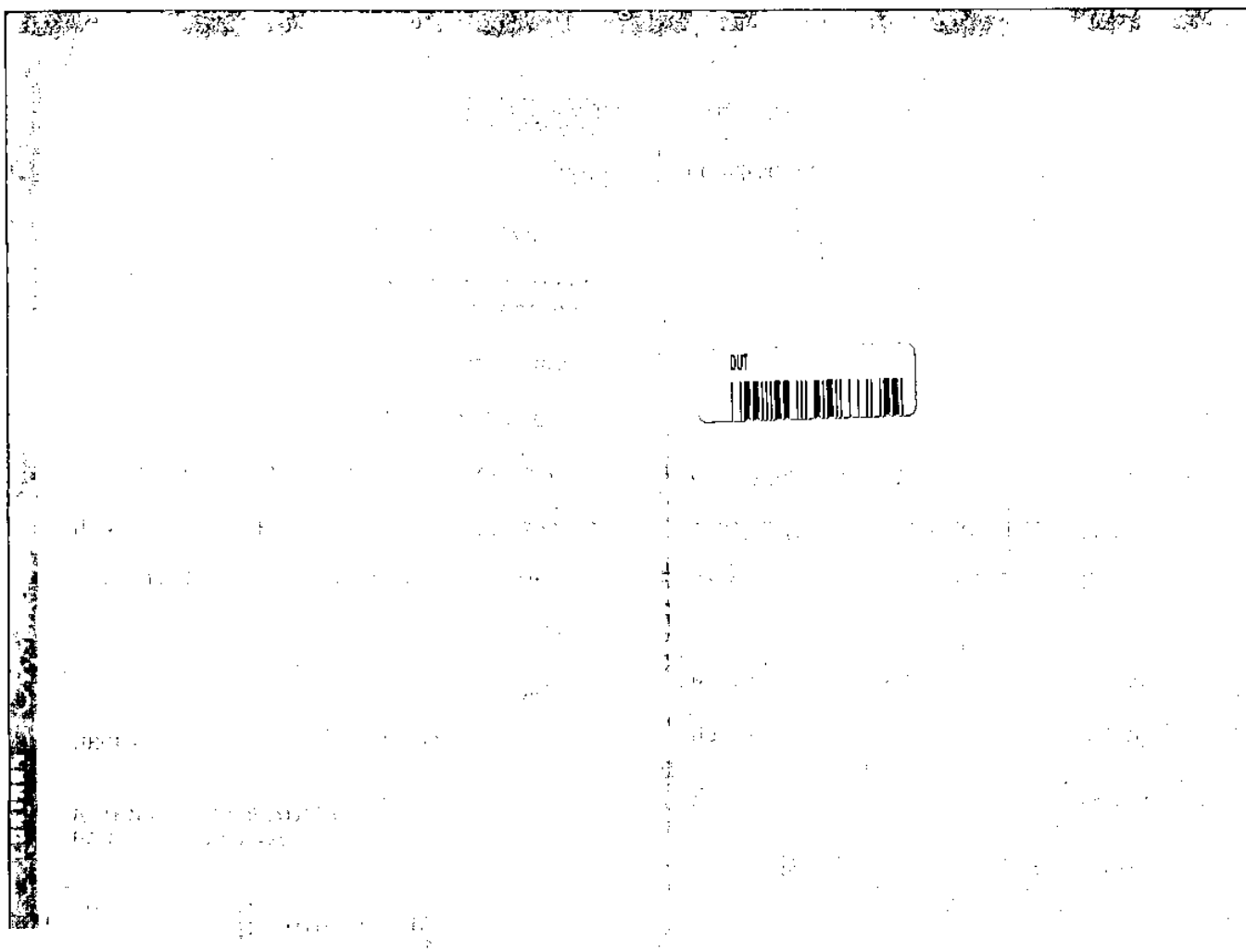
DADOS PESSOAIS

Estado Civil	Solteiro	Profissão	Trabalhador Rural	Grado de Instrução	Alfabetizado
Endereço Residencial	Aruas de Sa. Carolina 3243 Centro				
Endereço Profissional					

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Tipo Cartão	Nascimento	Número	39212	Uso	612	Fórm	73	Contato	R.C.
Local de Expedição	Salvadorinha				UF	DF	Data de Expedição	22/04/2010	
CPF	023-881-901-93				RG		PASEP		
Assinatura Oficial					UF		Data		
Assinatura Provisória	Jonathan Amador da Silva								





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA
SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JONATHAN AISLAN DA SILVA : 023.881.901-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JONATHAN AISLAN DA SILVA
CPF: 023.881.901-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

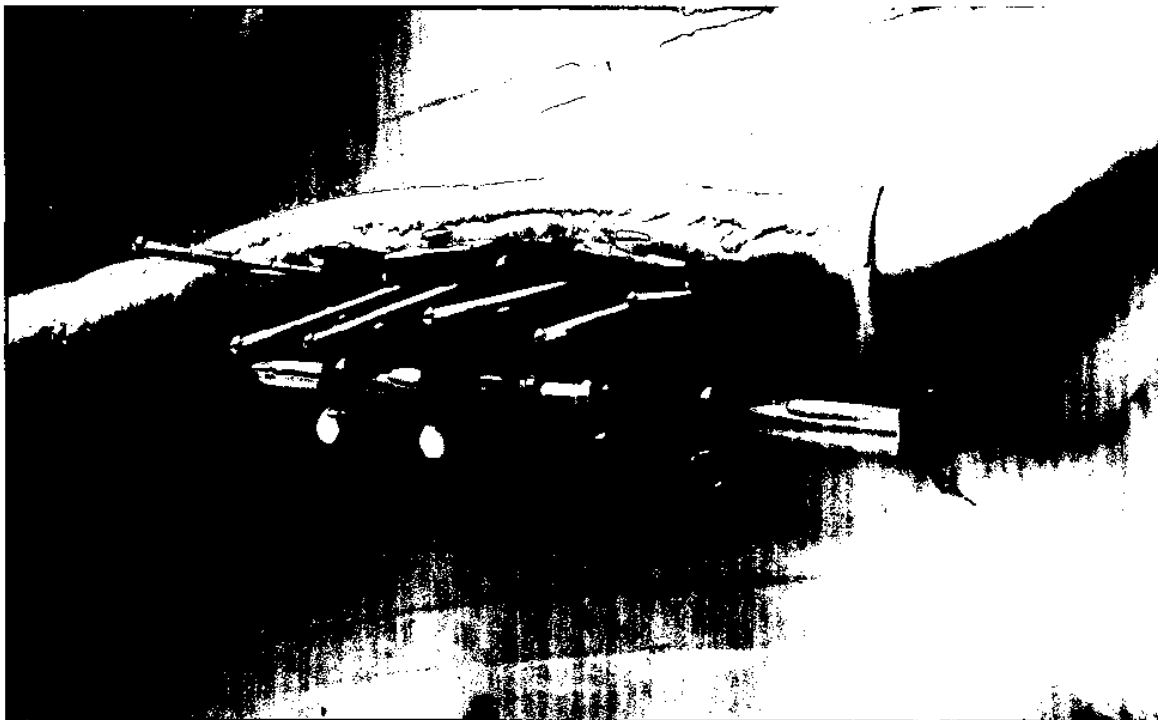
Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JONATHAN AISLAN DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira







Seguradora Lider DPVAT
Rua da Assembleia, nº 100 - 16º
andar sala 5 - Centro,
Rio de Janeiro - RJ,
Cep: 20011-904

AR

Correios REGISTRADO URGENTE registered priority		PESO (kg)
Receptor	Doc.	AR JMP
Assinatura		
JU 20083558 9 BR		
		



(RETORNAR AO CORREIO MP)

--



Jonathan Aislan da Silva
Rua Arias Sá Coutinho 451 –
Centro
Colônia do Gurguéia – PI,
Cep: 64885-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018772 **Cidade:** Colônia do Gurguéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,10,12
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018772 **Cidade:** Colônia do Gurguéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA **Data do acidente:** 25/01/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,10,12
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Número do Sinistro: 3200018772

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

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

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016343/20

Vítima: JONATHAN AISLAN DA SILVA

CPF: 023.881.901-93

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2019

Titular do CPF: JONATHAN AISLAN DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JONATHAN AISLAN DA SILVA : 023.881.901-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: JONATHAN AISLAN DA SILVA
CPF: 023.881.901-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JONATHAN AISLAN DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

