



# HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÊ

Rua José de Moura Fê, 604, Bairro Nova Cidade

Simplicio Mendes - PI - CEP: 64.700 - 000

CNPJ: 06.553.564/0019 - 87

Comprovação de ato declaratório



## BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

|                                  |                                                                                                           |                  |                  |                |                                                                                 |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| DATA DO ATENDIMENTO:             | 01/04/17                                                                                                  | HORA DA ENTRADA: | 13:30            | HORA DA SAÍDA: | 15:00                                                                           |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE        |                                                                                                           |                  |                  |                |                                                                                 |
| NOME DO PACIENTE:                | José Rodrigues de Sousa                                                                                   |                  |                  |                |                                                                                 |
| DATA DE NASCIMENTO:              | 09/13/65                                                                                                  | IDADE:           | 52               | SEXO:          | <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO |
| FILIAÇÃO:                        | Pai: Francisco Rodrigues Filho<br>Mãe: Juliana Alves Lourenço                                             |                  |                  |                |                                                                                 |
| ENDEREÇO:                        | Bommasa                                                                                                   |                  |                  |                |                                                                                 |
| BAIRRO:                          | Zona Rural                                                                                                | CIDADE:          | Simplicio Mendes | UF:            | PI                                                                              |
| PROFISSÃO:                       | Trabalhador Rural                                                                                         | ESTADO CIVIL:    | casado           |                |                                                                                 |
| Nº DO CARTÃO DO SUS:             | 898004460636197                                                                                           |                  |                  |                |                                                                                 |
| Nº DO RG:                        | 16.438.981                                                                                                | Nº DO CPF:       | 080.157.218-57   |                |                                                                                 |
| CERTIDÃO TIPO:                   | <input type="checkbox"/> NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CASAMENTO <input type="checkbox"/> CARTÓRIO: |                  |                  |                |                                                                                 |
| LIVRO:                           | FOLHA:                                                                                                    | TERMO:           | DATA DE EMISSÃO: |                |                                                                                 |
| TELEFONE PARA CONTATO: 994352683 |                                                                                                           |                  |                  |                |                                                                                 |

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Cliente, du, entrada, mnt. P.S. sintomas de  
acidente: mnt. cefálico, supinidade da  
em M.T.E. pto. O medicamento paracetamol 1000mg  
curado. da enfermagem.

|                           |                              |                   |        |
|---------------------------|------------------------------|-------------------|--------|
| PRESSÃO ARTERIAL:         | 120x80 mmHg                  | TEMPERATURA (C°): | 36,2°C |
| PULSO:                    | 110 bpm                      | RESPIRAÇÃO:       | 18 rpm |
| GLUCEMIA CAPILAR:         | 110 mg/dL                    |                   |        |
| OUTROS SINAIS E SINTOMAS: | ENTRADA: 09:00<br>ENFERMEIRA |                   |        |
| PROFISSIONAL:             | COREN: 379878                |                   |        |

### ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

|                       |                                                           |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| HISTÓRIA CLÍNICA:     | Isquemia do infarto agudo do miocárdio (IAM) (Sintoma de) |  |
| HIPOTESE DIAGNÓSTICA: | IAM, fibrilação atrial (proximidade)                      |  |
| CID 10:               |                                                           |  |

|                                          |                      |
|------------------------------------------|----------------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                        | HORÁRIO DA MEDICAÇÃO |
| 1/300mg (100) 1x1                        | 14:30                |
| circulatório                             |                      |
| Obs: 1º e 2º exames de sangue (01/04/17) |                      |

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO |
| José Rodrigues de Sousa               | Wilson Crimemberger            |

Wilson Crimemberger  
Médico  
CRM: 451-PI  
CPF: 052.991.361-04

Comprobante de residencia

RG nº 16438881, data de expedição 26/06/06, Órgão PCMG/MG.

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | POVOADO UNHA DE GATO |
| Número                            | S/Nº                 |
| Apto / Complemento                |                      |
| Bairro                            | ZONA RURAL           |
| Cidade                            | SIMPLICIO MACHES     |
| Estado                            | PIAUÍ                |
| CEP                               | 64700-000            |
| Telefone de Contato               | (85) 99435-2683      |
| E-mail                            |                      |

Local e Data: Simplicio Mendes-PR, 28/08/2017

Assinatura do Declarante: José Rodrigues de Barros

24-57-2017 15:45 143985 17

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Caixa Postal - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000 - Fone: (066) 3231.3333  
Fax: (066) 3231.3333 - E-mail: atendimento@cepa.com.br  
Site: www.cepa.com.br

Nº da Nota Fiscal: \*AVISO\*

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - FEE, é emitida  
pelo item 15.436 do ZC do IPI de 2002.

PERÍODO DE FATURAMENTO: 08/2017 VENCIMENTO: 22/08/2017 PRECATORIO (R\$): 0,00 TOTAL A PAGAR (R\$): 0,00

AGOSTO/2017

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

EVANI FERREIRA GOMES BARROS  
PV UNHA DE GATO 5/N B-RURAL  
CPL: 00066762545300  
CPF: 64.700.000 - SIMPLICIO MENDES

| DADOS DO CLIENTE            |            | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|------------|------------------|------------|
| Atual:                      | 15/08/17   | Atual:           | 15/08/17   |
| Anterior:                   | 18/07/2017 | Anterior:        | 18/07/2017 |
| Constante de Multiplicação: |            | Próxima leitura: | 15/09/2017 |
| Consumo Medido:             |            | Emissão:         | 15/08/2017 |
| Consumo Estimado:           |            | Apresentação:    | 15/08/2017 |
| Consumo Estimado:           | FCM        |                  |            |

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Grupo/Utilização | Ligação | Número Medidor | Posto | Código FEE | Válida 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|------------|-----------------|
| RESIDENCIAL      | MONO    | A1927538       |       | 1.4.1.1    | 8               |

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS

| Mês/ano consumo |    |
|-----------------|----|
| JUL/17          | 30 |
| JUN/17          | 7  |
| MAI/17          | 0  |
| ABR/17          | 0  |
| MAR/17          | 0  |
| FEV/17          | 0  |
| JAN/17          | 0  |
| DEZ/16          | 1  |
| NOV/16          | 30 |
| OUT/16          | 12 |

MENSAGENS IMPORTANTES/AVISO DE VENCIMENTO

Sr. Consumidor,  
Não foi possível emitir a fatura referente ao mês 08/2017  
no ato da realização da leitura. Após serem realizadas as  
devidas análises, enviamos a fatura.  
Assim sendo, informamos não haver necessidade de buscar  
sua fatura ou segunda via em nossas lojas de atendimento.  
O envio será realizado em até 7 (sete) dias úteis, com  
vencimento obedecendo o prazo legal.  
Em caso de dúvidas ou sugestões, favor ligar gratuitamente  
para 0800-086-0800.

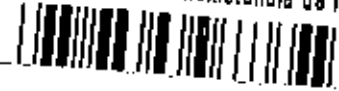
RESERVAÇÃO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$) | IMPOSTOS TRIBUTOS (R\$) |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição Red:         | Base de Cálculo:        |
| Energia:                  | Alíquota ICMS:          |
| Transmissão:              | Valor do ICMS:          |
| Extensão:                 | Valor do IPI:           |
| Outros:                   | Valor do CONTRIBUIÇÃO:  |

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, JOSE RODRIGUES DE BARROS, portador da carteira de identidade nº 16438881 e inscrito no CPF/MF sob o nº 08015723859, residente e domiciliado na POVOADO UNHA DE GATO, S/Nº Cidade SIMPLICIO MENDES, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Jose Rodrigues de Barros

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SIMPLICIO MENDES-PI, 28/08/2017

Local e data

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML  
Nº 516647-0101-102-102



*Det IP*

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 143609.000242/2017-68**

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Glauber Saraiva Leitão

Data/Hora: 13/06/2017 - 10:58

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE SIMPLICIO MENDES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SIMPLICIO MENDES

Endereço

AVENIDA MIGUEL CRISPIM DE ARAÚJO, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/04/2017 - 13:30

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

RG: 16438881 SSP MG

Mãe: JULIA ALVES LOURENÇA

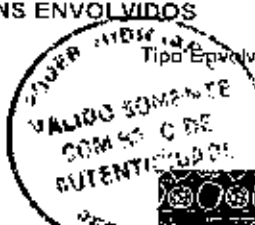
Endereço: LOCALIDADE FORMOSA, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

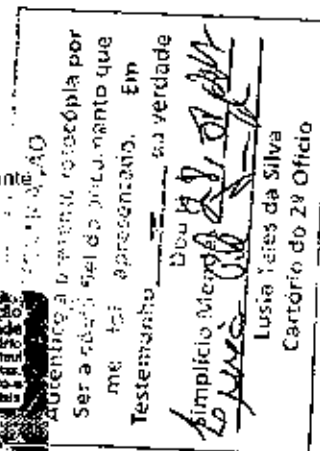
Cidade: SIMPLICIO MENDES

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**



**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. POP100

Ano: Placa: Chassi:

2011 NIS9659 9C2HB0210BR003032

Renavam: Cor:

00273189441 Roxa

Condutor: JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

RG: 16438881 Órgão: SSP UF RG: MG

End: LOCALIDADE FORMOSA Número: S/N Complemento:

Cidade: SIMPLICIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANA PAULA FERREIRA GOMES

End: LOCALIDADE FORMOSA Número: S/N

Cidade: SIMPLICIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Noticiante relata que na data e hora acima mencionada, transitava pela Avenida Miguel Crispim de Araújo, quando o nacional NELSON invadiu a preferencial e colidiu com a motocicleta que conduzia, o que lhe levou imediatamente ao chão; QUE era o condutor da motocicleta de placa NIS-9659; QUE a abalroada lhe levou ao chão, resultando lesões graves na sua perna esquerda, o que lhe afastou pelo período de 90 (noventa) dias do trabalho; QUE NELSON estava embriagado; QUE não deu causa ao acidente; QUE foi apresentado prontuários, laudos e atestado médico que comprovam a grave lesão em sua perna esquerda. Era o que tinha a relatar.///

Glauber Saraiva Leitão - Mat. 2991055  
AGENTE DE POLÍCIA

*José Rodrigues de Barros*  
JOSE RODRIGUES DE BARROS - Noticiante  
Responsável pela Informação

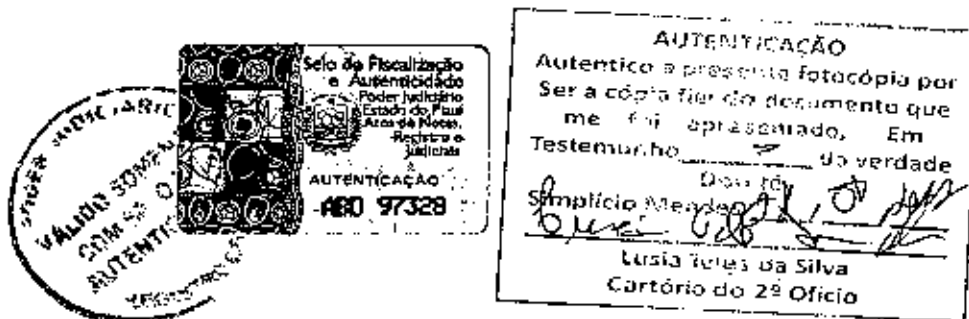


Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1188 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 143609.000242/2017-68

*Luciano S. Silva*  
Delegado de Polícia



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

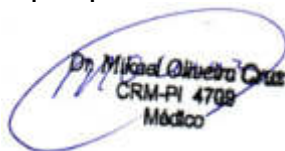
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues de Barros  
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Unha de Gato, S/N  
Area Rural Simplicio Mendes PI CEP: 64700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ CERTIDAO NASCIMENTO / PI ] 16438881  
Data local do exame: [ 01/12/2017 ] Sao Joao [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO**  
**VÍTIMA SE ENCONTRA EM BOM ESTADO GERAL, SEM ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DE PÉ ESQUERDO, COM FORÇA MUSCULAR, PERFUSÃO E MOVIMENTOS PRESERVADOS**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, SE ENCONTRA EM BOM ESTADO GERAL, SEM ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DE PÉ ESQUERDO, COM FORÇA MUSCULAR, PERFUSÃO E MOVIMENTOS PRESERVADOS**  
Data da alta: 22/06/2017  
**REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO, FISIOTERAPIA E SINTOMÁTICOS**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ) Sim (X) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) “Vítima em tratamento”  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias  
(X) “Sem sequela permanente”  
(NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                             |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                                                                  | Região Corporal (Sequela):                                                                  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) Total = “100% da IS”
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**classifico a lesão em grau leve, sem dano corporal permanente**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Miguel Oliveira Cruz  
CRM-PI 4708  
Médico



Nº DO SINISTRO 3170501699

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE RODRIGUES DE BARROS

PORTADOR(A) DO RG Nº 16.438.881 EXPEDIDO POR PCEMG/MG EM 26/06/2006 E

CPF 080157218-57 CNPJ ( ) 00000000-0000-00, PROFISSÃO LAURIDEA

E RENDA MENSAL DE R\$ 421,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20708-8

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

SIMPÃO MENDES, 16 de OUTUBRO de 2017  
LOCAL E DATA

Jose Rodrigues de Barros  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

10/10/2017 09:37.08  
CONVENIO: 000596795  
OPERADOR: 20

AGENCIA: 1383 - OEIRAS, PI  
CONTA: 013.00020708-8  
JOSE RODRIGUES DE BARRROS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDO DE POUPANCA POR DATA LIMITE  
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

| DATA  | VALOR |
|-------|-------|
| 19/09 | 0,00  |
| 20/09 | 0,00  |
| 11/10 |       |

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2012

| DATA  | VALOR |
|-------|-------|
| 19/09 |       |
| 20/09 |       |
| 10/10 |       |

MOVIMENTACAO

| DIA | NR | DOC | HISTORICO | VALOR |
|-----|----|-----|-----------|-------|
|-----|----|-----|-----------|-------|

SALDO ANTERIOR

Setembro

|    |        |            |       |
|----|--------|------------|-------|
| 19 | 000000 | REM BASICA | 0,00C |
| 19 | 000000 | CRED JUROS |       |
| 20 | 000000 | REM BASICA | 0,00C |
| 20 | 000000 | CRED JUROS |       |
| 20 | 000004 | CRED TED   |       |
| 20 | 201233 | SAQUE LOT  |       |

Outubro

|       |        |            |       |
|-------|--------|------------|-------|
| 03    | 000001 | CRED TED   |       |
| 04    | 040847 | SAQUE LOT  |       |
| 10    | 101609 | DP DIN LOT |       |
| 11    | 000000 | REM BASICA | 0,00C |
| 11    | 000000 | CRED JUROS |       |
| 16/10 | 160936 | SQ CX AQUI |       |

RESUMO

|                  |      |
|------------------|------|
| SALDO            |      |
| SALDO TOTAL      |      |
| SALDO BLOQUEADO  | 0,00 |
| SALDO DISPONIVEL |      |

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO P. \_\_\_\_\_



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

EU, JOSE RODRIGUES DE BARROS

PORTADOR(A) DO RG Nº 16438881 EXPEDIDO POR PCEMG / MG EM 26 / 06 / 2006 E

CPF 0(80157218-57) / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO LAURADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20708-8

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

SINACIO MENDES, 28 de AGOSTO de 2017  
LOCAL E DATA

Jose Rodrigues de Barros  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Nº Sinistro: 3170501699

Vitima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170501699**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro: 3170501699

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170501699** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11875934

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vitima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11684120

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vitima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11683845

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501699 **Cidade:** Simplício Mendes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RODRIGUES DE BARROS **Data do acidente:** 01/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima se encontra em bom estado geral, sem alterações na função de pé esquerdo, com força muscular, perfusão e movimentos preservados.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento cirúrgico, fisioterapia e sintomáticos.  
Sem complicações.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 01/12/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** Classifico a lesão em grau leve, sem dano corporal permanente.

**Médico examinador:** Mikael Oliveira Cruz

**CRM do médico:** 4709

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501699 **Cidade:** Simplício Mendes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RODRIGUES DE BARROS **Data do acidente:** 01/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PERNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda 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          |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355053/17  
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
CPF: 080.157.218-57

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/04/2017  
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DE BARROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE RODRIGUES DE BARROS : 080.157.218-57

Autorização de pagamento

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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/10/2017  
Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
CPF: 080.157.218-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017  
Nome: Elen Tais Alves Pereira  
CPF: 126.261.667-07

JOSE RODRIGUES DE BARROS

Elen Tais Alves Pereira

**SINISTRO 3170501699 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSE RODRIGUES DE BARROS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JOSE RODRIGUES DE BARROS

**CPF/CNPJ:** 08015721857

**Posição** em **16-10-2017** **09:19:02**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição                                                                   | Tipo         | Status       | Nome                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------------|
| <div><div></div><div><u>Autorização</u><br/><u>de pagamento</u></div></div> | Beneficiário | Não Conforme | JOSE RODRIGUES DE<br>BARROS |

SENINROBERR LIDER DPVAT MS 20/10/2017 15:43 - 08015721857

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355053/17  
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
CPF: 080.157.218-57

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/04/2017  
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DE BARROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório  
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](http://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.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2017  
Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
CPF: 080.157.218-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2017  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

JOSE RODRIGUES DE BARROS

Patricia Aleixo Silva

Outros



**Cristina Alves**

---

**De:** Evelyn Macedo <[evelyn.macedo@aruana seguros.com.br](mailto:evelyn.macedo@aruana seguros.com.br)>  
**Enviado em:** segunda-feira, 6 de novembro de 2017 15:37  
**Para:** Projeto Corréio  
**Cc:** [fernanda.morais@aruana seguros.com.br](mailto:fernanda.morais@aruana seguros.com.br)  
**Assunto:** pendencia do processo vítima JOSE RODRIGUES DE BARROS sinistro 3170501699

Boa tarde,

Prezados, favor receber a primeira página da documentação médica hospitalar na aba ato declaratório.

Atenciosamente;

Evelyn Macedo

**ARUANA SEGUROS**

AVENIDA RIO BRANCO, 89 - SALA 1801

CENTRO - RIO DE JANEIRO - RJ - 20040-004

TELS: +55 (21) 3590-5901

[EVELYN.MACEDO@ARUANASEGUROS.COM.BR](mailto:EVELYN.MACEDO@ARUANASEGUROS.COM.BR)

[WWW.ARUANASEGUROS.COM.BR](http://WWW.ARUANASEGUROS.COM.BR)

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Outros



**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0355053/17

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

CPF: 080.157.218-57

Data do Acidente: 01/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

**DOCUMENTOS ENTREGUES**

**Sinistro**

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**JOSE RODRIGUES DE BARROS : 080.157.218-57**

Autorização de pagamento

Cômprovante de residência

**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](http://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.

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 01/09/2017

Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS

CPF/CNPJ: 080.157.218-57

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 13/09/2017

Nome: RICARDO GONCALVES DA SILVA

CPF: 100.278.347-00

JOSE RODRIGUES DE BARROS

RICARDO GONCALVES DA SILVA

Date: 7/21/2013  
 Acquistion: For: 2013  
 Signature: [Signature]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: MG-16.438.881 DATA DE EMISSÃO: 26/06/2008

JOSE RODRIGUES DE BARROS

FRANCISCO RODRIGUES FILHO  
JULIA ALVES LOURENCA

SAO JOSE DO PEIXE-PI 29/3/1985  
CAS. LV-2B FL-233  
SIMPLICIO MENDES-PI

PIC-1847

INTE: SAO JOSE DO PEIXE-PI  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 114 DE 2008/33

1.VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

1847-3



*Jose Rodrigues de Barros*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificacao



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

*Jose Rodrigues de Barros*

NASCIMENTO

29.03.65

INSCRIÇÃO NO CPF

099 157 218 57

CONTRIBUINTE

JOSE RODRIGUES DE BARROS

*Carimbo*  
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

REC-2007 1548 145984 14





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI Nº 012712892242  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00273189441 2016

ANNA PAULA FERREIRA GOMES

CPF / CNPJ 02117528350

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032 NIS-9659

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

PLACA ANT / UF 9C2HB0210BR003032

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012712892242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 02117528350 2016 09/01/2017

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

00273189441

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

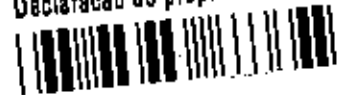
PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TARIFARIO



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA FERREIRA GOMES,  
 RG nº 2460.955, data de expedição 05/07/02,  
 Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 021175283-50, com  
 domicílio na cidade de SIMPLICIO MENDES, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PV FORMOSA, nº 514,  
 complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima JOSE RODRIGUES DE BARROS, cujo o condutor era  
JOSE RODRIGUES DE BARROS.

Veículo: MOTOCICLETA  
 Modelo: HONDA / POP 300  
 Ano: 2010  
 Placa: NIS - 9655  
 Chassi: 9C2HB0210BR003032  
 Data do Acidente: 01/04/2017  
 Local e Data: SIMPLICIO MENDES - PI, 28/08/2017

Ana Paula Ferreira Gomes  
 Assinatura do Declarante

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

**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
 Reconheço por autenticidade a firma de  
Ana Paula Ferreira Gomes  
 dou fé  
 em testemunha da verdade  
Simplicio Mendes  
Lusia Teles de Sá - Escrivã Substituta  
 Cartório do 2º ofício





# HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÉ

Rua José de Moura Fé, 604, Bairro Nova Cidade

Simplicio Mendes - PI - CEP: 64.700 - 000

CNPJ: 06.553.564/0019 - 87

Documentação médico-hospitalar



## BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

|                                                                                                                                                         |  |                                  |                                |                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DO ATENDIMENTO: 01/04/17                                                                                                                           |  | HORA DA ENTRADA: 13:30           |                                | HORA DA SAÍDA: 13:00                                             |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                               |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| NOME DO PACIENTE: José Rodrigues de Barros                                                                                                              |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| DATA DE NASCIMENTO: 09/13/65                                                                                                                            |  | IDADE: 52                        |                                | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO ( ) FEMININO |  |
| FILIAÇÃO: PAI: Francisco Rodrigues Filho<br>MÃE: Jéssica Alves Lourenço                                                                                 |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| ENDEREÇO: Sampaio                                                                                                                                       |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| BAIRRO: Zona Rural                                                                                                                                      |  | CIDADE: Sampaio                  |                                | UF: PI                                                           |  |
| PROFISSÃO: Trabalhador Rural                                                                                                                            |  |                                  |                                | ESTADO CIVIL: Casado                                             |  |
| Nº DO CARTÃO DO SUS: 898004160636199                                                                                                                    |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| Nº DO RG: 16-438.881                                                                                                                                    |  |                                  | Nº DO CPF: 080.157.218-57      |                                                                  |  |
| CERTIDÃO TIPO: ( ) NASCIMENTO ( ) CASAMENTO ( ) OUTRO: _____                                                                                            |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| LIVRO: _____                                                                                                                                            |  | FOLHA: _____                     |                                | TERMO: _____                                                     |  |
| DATA DE EMISSÃO: _____                                                                                                                                  |  | TELEFONE PARA CONTATO: 994852683 |                                |                                                                  |  |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                 |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| Paciente em estado instável PS, sentindo-se mal, náuseas, vômitos, sudorese, febre, em MIE. Pito orviduado, prurido e agitação. Cuidados de enfermagem. |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg                                                                                                                           |  | TEMPERATURA (C°): 36,2°C         |                                |                                                                  |  |
| PULSO: 96                                                                                                                                               |  | RESPIRAÇÃO: 18                   |                                | GLICEMIA CAPILAR: 100 mg/dL                                      |  |
| OUTROS SINAIS E SINTOMAS: _____                                                                                                                         |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| PROFISSIONAL: COEN: 379878                                                                                                                              |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS MÉDICOS                                                                                                                     |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| HISTÓRIA CLÍNICA: _____                                                                                                                                 |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____                                                                                                                             |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                       |  |                                  | HORÁRIO DA MEDICAÇÃO           |                                                                  |  |
| 1/200mg (100) 1x1, 1x1, 1x1                                                                                                                             |  |                                  | 14:30                          |                                                                  |  |
| orientativo.                                                                                                                                            |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| Obs. Foi Colado (2x) na Veia (01/04/17)                                                                                                                 |  |                                  |                                |                                                                  |  |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                   |  |                                  | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO |                                                                  |  |
| José Rodrigues de Barros                                                                                                                                |  |                                  | Wilson Crunemberger            |                                                                  |  |

Wilson Crunemberger  
Médico  
CRM: 451-PI  
CPF: 052.991.364-04

## EVOLUÇÃO E CONDUTAS MÉDICAS

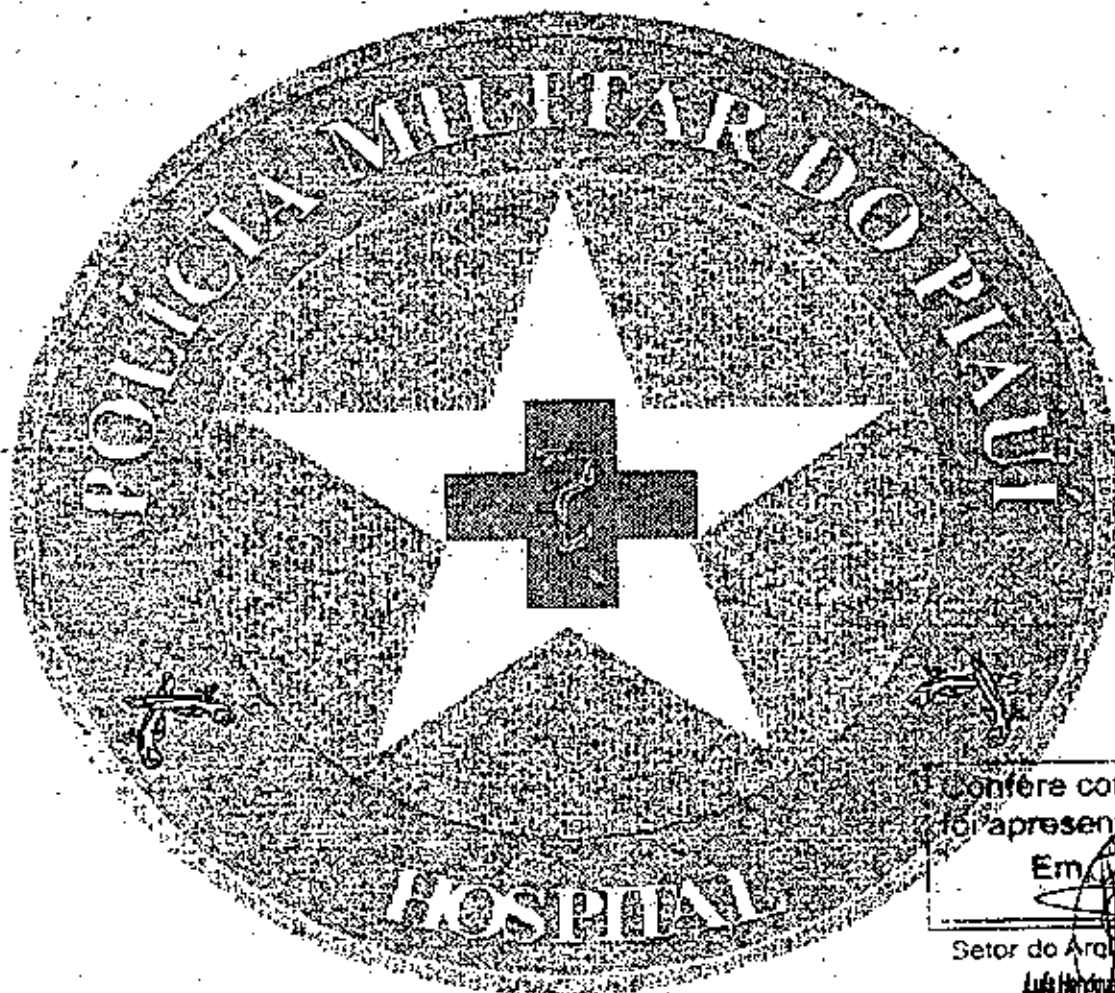
19:06 Sadoentado para regulagem, apor-  
dando vaso, Laurenna Cavalcas  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 5879  
18:45 bilusado vaso para regulagem  
para HPM, unho: 2017 04 01 13 357, comu-  
nicado pois os instrumentos, foram do-  
nada por as 04:00. Laurenna Cavalcas  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 5879

## HORÁRIO DA MEDICAÇÃO E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:00 PA: 110x70 mmHg. P 86 bpm. segue plano, afbril  
suprimento, consciente, foi liberado para HPM  
Laurenna Cavalcas  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 5879



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original, que  
foi apresentado(a) e dou fé.

Em

Setor de Arquivo Técnico do HPMPi

Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM

Chefe de Arquivo Técnico do HPMPi

RG: 115198193-2 Matr. 141359

NOME DO PACIENTE:

Jose Rodrigues de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

23056917

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRC

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRC

### Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS

6 - Prontuário: 230569

7 - CNS: 898004160636197

8 - Nascimento: 29/03/1965 02:00

9 - Sexo: M

CPF:

11 - Mãe: JULIA ALVES LOURENÇA

12 - Fone: 89-9.9293652

13 - Resp: WANDERSON DIVINO GOMES CARVALHO

14 - Cor: PARDAS

15 - Endere: LOCALIDADE FORMOSA

0

ZONA RURAL 19 - CEP: 64700-000

Munic: SIMPLICIO MENDES

17 - Cod. IBGE: 221080

18 - UF: PI

RG: 16438-881

### Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de trauma, lesões superficiais das  
mãos e tornozelos (R)

Procedimento 0408050543 CID S82.2  
Procedimento 0408050578 CID S82.6

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de Cereja

Luís Henrique Vasconcelos R. S. 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx Ant. Ulnar lateral e posterior (R)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

### Procedimento Solicitado

27 - Procedimento Solicitado:

Cereja Multityls

0415030012

Tempo SU

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter.:

02

Ident.:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Mod. Solic.

65265386497

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

02/04/2017

Dr. Almir Roberto Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 1472

35 - Ass. Carimb. Mod. Solicitante

### Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado.

### Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: LUCIA SILVA

Consulta Local:

Consulta SUS: 2017040113357

Impressão: 0:11:41



# Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



## FOLHA DE INTERNAÇÃO

|                                                           |  |                                |  |                            |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------|--|
| INTERNOU-SE NO HOSPITAL:                                  |  | FICHA DE PRONTUÁRIO            |  | 02/04/2017                 |  |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |  | Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS |  | Pront.: 230589             |  |
| IDEM OUTROS HOSPITAIS                                     |  | Nasc.: 29/03/1965 Sexo: M      |  | Convênio: SUS - INTERNACAO |  |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |  | Atendimento: 312523            |  | Enfermaria: POSTO II       |  |
| CLÍNICA                                                   |  |                                |  | ENF 204 LEITO              |  |
|                                                           |  | Pal:                           |  | Leito: 204                 |  |
| Médico Assistente                                         |  | Mãe: JULIA ALVES LOURENCA      |  |                            |  |
|                                                           |  | RG: 18438881                   |  |                            |  |
| Permanência                                               |  | Residência:                    |  |                            |  |
|                                                           |  | LOCALIDADE FORMOSA             |  | Bairro: ZONA RURAL         |  |
| CLÍNICA                                                   |  | Nr.: 0                         |  | Cidade: SIMPLICIO MENDES   |  |
|                                                           |  | Cap: 64700000                  |  | Telefone: 89 - 99293652    |  |

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Precede cultura de Truena, dos  
edema e deformidade em punho e  
tornozelo esquerdo*

### DIAGNÓSTICO

|                              |                                                        |                                                                                                                      |                     |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Provisório:                  | <i>Fract. patológica lateral (P), Rótula tubercul.</i> | CID                                                                                                                  | <i>S82.3, S82.4</i> |
| Principal:                   | <i>Fractura</i>                                        | CID                                                                                                                  | <i>S82.3</i>        |
| Procedimento:                | <i>Est. conservador</i>                                |                                                                                                                      |                     |
| Sintomas e Sinais Principais | <i>Dor e deformidade<br/>em tornozelo, punho</i>       | Causa Médica                                                                                                         | Histo - Patológico: |
|                              |                                                        | <i>Luís Henrique Vasconcelos, 1º TEN. PM<br/>Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI<br/>RG: 105198193-2 Mat. 14495-9</i> |                     |

### TRATAMENTO

|                                                                                                                                                       |                    |          |                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo:                                                                                                                                                 | Terapêutica Médica | Operação | Eficácia                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgia<br><input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |                    |          | <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgia<br><input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |

### DURAÇÃO

|                         |                 |                        |
|-------------------------|-----------------|------------------------|
| Data/Hora de Internação | Data da Alta    | Data da Hospitalização |
| 02/04/2017 08:04:54     | <i>15/04/17</i> | <i>02/04/17</i>        |

### ALTA

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saída                                                                                                                                                                                                   | Transferência                                                                                                                                                      | Óbito                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido<br><input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Divisão Médica<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Evasão<br><input type="checkbox"/> P. Ambulatório | <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação |

THE */ /*

Assinatura: *[assinatura]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1842 - Fone: (86) 3218-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP: 64011-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.160/0002-06 - CNM: 025.972.8

C-7 P 5876 Procedimento 0408050578



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 17, 04, 12  
Nº DO PRONTUÁRIO: 203569 SALA: 17  
CÓD DA CIRURGIA: 0408050578  
0408050543

Descrição da Cirurgia:

Paciente em PPH sob repouso em  
Aparelho, Aitenssão, coloração de  
carnes sãs, sem de malici  
laterais esquerda, verificação, redução  
e ortomente de poleco sob tração  
futura, uratur, 517

Luís Henrique Vasconcelos R 15 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 165198193-2 Mat: 14495-9

Dr. Almir Rêhelo Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM - PI 2972

Dr. Almir Rêhelo Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM - PI 2972

Cirurgia: Ortomente de uratur lateral

Cirurgião: AM 117

1º Auxiliar: Raphael Barro

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: José de Jesus

Circulante: Emílio

Dr. Raphael Barro  
Ortopedia Traumatologia  
CRM - PI 2972



DN: 2910 3.165



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

## BOLETIN DE ANESTESIA

DATA: 17/09/2011  
Nº DO PRONTUÁRIO: 203569 SALA: 08  
CÓD DA CIRURGIA: 090805D598

NAME: José Rodríguez de Barros Idade 52 Sexo Alm ASA II  
 PROCEDIMENTO: Exatoma de Moleto Central + mto. fibroide o Lido: 2304/01  
 CIRURGIÃO: Mirny AOX: Sommes ANEST: Intachado ANESTESIA: Baguez  
 INSTR: José de Jesus CIRC: Conteno UNIC: 9430 FIM: 11/05 SALA: 08  
 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Hta: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_

[illegible][illegible]

**MONITORIZAÇÃO**

SEDO (%)      12      12      12      12      12      12      12      12

E.C.G.

PICO (mmHg)

INÍCIO      FIM

9h30      11h

DURAÇÃO      1h

1. Instructions  
 2. Answers  
 3. Notes  
 4. References  
 5. Index  
 6. Appendix  
 7. Glossary  
 8. Index  
 9. Index  
 10. Index  
 11. Index  
 12. Index  
 13. Index  
 14. Index  
 15. Index  
 16. Index  
 17. Index  
 18. Index  
 19. Index  
 20. Index  
 21. Index  
 22. Index  
 23. Index  
 24. Index  
 25. Index  
 26. Index  
 27. Index  
 28. Index  
 29. Index  
 30. Index  
 31. Index  
 32. Index  
 33. Index  
 34. Index  
 35. Index  
 36. Index  
 37. Index  
 38. Index  
 39. Index  
 40. Index  
 41. Index  
 42. Index  
 43. Index  
 44. Index  
 45. Index  
 46. Index  
 47. Index  
 48. Index  
 49. Index  
 50. Index  
 51. Index  
 52. Index  
 53. Index  
 54. Index  
 55. Index  
 56. Index  
 57. Index  
 58. Index  
 59. Index  
 60. Index  
 61. Index  
 62. Index  
 63. Index  
 64. Index  
 65. Index  
 66. Index  
 67. Index  
 68. Index  
 69. Index  
 70. Index  
 71. Index  
 72. Index  
 73. Index  
 74. Index  
 75. Index  
 76. Index  
 77. Index  
 78. Index  
 79. Index  
 80. Index  
 81. Index  
 82. Index  
 83. Index  
 84. Index  
 85. Index  
 86. Index  
 87. Index  
 88. Index  
 89. Index  
 90. Index  
 91. Index  
 92. Index  
 93. Index  
 94. Index  
 95. Index  
 96. Index  
 97. Index  
 98. Index  
 99. Index  
 100. Index

|                     |                            |           |     |
|---------------------|----------------------------|-----------|-----|
| DIURESE (ml)        | 960                        | 10        | 100 |
| Técnica Anestésica: | Narcose Profunda + Sedação |           |     |
|                     | ECO                        | Posímetro |     |
|                     | Canalizador                |           |     |

[illegible]

| Medicamentos Utilizados   |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Adrenalina _____ Amp      | Dolantina _____ Amp                  |
| Água dest. 10ml _____ Amp | Droperidol _____ Amp                 |
| Atropina _____ Amp        | Efoctil _____ Amp                    |
| Bexire _____ Amp          | Efradim _____ Amp                    |
| Bromoprida _____ Amp      | Emiluram _____ ml                    |
| Cafazolina 1g _____ 2 Fr  | Fenilant _____ 245 ml 24             |
| Cetololima _____ Fr       | Fonitall (SuC) _____ Amp             |
| Ciprofloxacoma _____ Fr   | Hidralano _____ ml                   |
| Clonidin _____ Amp        | Hidrocodolona _____ ml               |
| colchida ( ) _____ Fr     | Isoflurano _____ ml                  |
| Dexametazona _____ Amp    | Jelon n° _____ Unid                  |
| Diazepam _____ Amp        | Lidocaina _____ % V Fr               |
| Dinolol 25mg _____ 1 Amp  | Metoclopramida _____ Amp             |
| Ofloxacina _____ Amp      | Manitol _____ Fr                     |
|                           | Midazolam _____ 1 Fr 5mg             |
|                           | Meloxicam _____ Fr                   |
|                           | Neocaina Pse 0.5% _____ 1 Amp 10g(2) |
|                           | Narcan _____ Amp                     |
|                           | Novatup 0.5% _____ Fr                |
|                           | Nobalin _____ Amp                    |
|                           | Neocaina _____ % V Fr                |
|                           | Neocaina 0.5% febril _____ Amp       |
|                           | Nendignina _____ Amp                 |
|                           | Omaprazol _____ Fr                   |
|                           | Ondasolona _____ Amp                 |
|                           | Polio Cal _____ Fr                   |
|                           | Pancurônio _____ Amp                 |
|                           | Profenid _____ Fr                    |
|                           | Propofol _____ ml Amp                |
|                           | Ranitidina _____ Amp                 |
|                           | Quelidn _____ Amp                    |
|                           | Quatamona _____ ml                   |
|                           | Roxitentanil _____ Fr                |
|                           | Ringer-Lactado _____ Fr              |
|                           | S. Fisilog. 0.9% _____ ml Fr         |
|                           | S. Glucoado 5% _____ ml Fr           |
|                           | Scalp n° _____ Una                   |
|                           | Tecur _____ Amp                      |
|                           | Tamoxifen _____ Fr                   |
|                           | Thiopental _____ Fr                  |
|                           | Amoxicilina-Clavulato _____ Amp      |
|                           | Antibiotico-CRM _____                |

104 - FAYVA SUMACH u/ese NVAL Tomya  
11405 - OTCAM Kupa Sumach



HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÉ  
RUA JOSÉ DE MOURA FÉ  
SIMPLÍCIO MENDES - PI - FONE/FAX: (89) 3482-1116  
CNPJ - 06.553.564/0019-67

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Senha: 2017040113357

Encaminhado do HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÉ, da Cidade de Simplício Mendes - PI, para H.P.M.

O(a) Paciente

João Rodrigues de Barros

Motivo do Encaminhamento:

Fraqueza geralizada (H. Bra e P. Bra) - E

Simplício Mendes

01/04/07 [Assinatura]

Responsável pelo Encaminhamento

Wilson Cr. Almeida

CRM: 251-13  
CPE: 082.991.164

**FICHA DE RETORNO**

Da Unidade:

Tras:

Paciente:

[Assinatura]  
LUIZ MOURA JOSÉ DE MOURA FÉ - TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14485-9

Diagnóstico e orientação:

Responsável pelo Encaminhamento



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....: 46712**

**NOME.....: JOSE RODRIGUES DE BARROS**

**MÉDICO SOLIC: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO**

**DATA LAUDO...: 04/04/2017**

**CONVÊNIO: INTERNO**

**DATA REALIZ: 02/04/2017**

**IDADE: 52 anos**

**CRM: 3349-PI**

**CÓDIGO: 18630**

**RX PERNA ESQUERDA**

O estudo radiológico da perna esquerda realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva no terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua no terço distal da fibula.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Fraturas na perna esquerda.**

*Ivan Fontenele Gomes*

**IVAN FONTENELE GOMES  
CRM-2426-PI**

*Luís Henrique Vasconcelos Reis*  
**Luís Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico da HPM PI  
RG: 105198193-2 Matr. 14495-0**

**Av. Manoel Cunha, 1642 - Jibotas - Teresina/PI  
CEP 63014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25**

**Telefone: (85) 3227-6265  
Fax: (85) 3218-1620**

SESSÃO LIBERADA

04-04-2017 15:47 149925 M



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43652  
ATENDIMENTO: 312523  
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MÉDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO: 01

DATA: 03/04/2017

SEXO: M  
IDADE: 52a 0m 5d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hem. ....: 4,34 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 13,40g/dl  
Hematócrito.....: 40,0%

Valores de Referências

| Homem       | Mulher      |
|-------------|-------------|
| 4,5 - 6,5   | 3,9 - 5,8   |
| 13,5 - 18,0 | 12,5 - 16,4 |
| 40,0 - 54,0 | 36,0 - 47,0 |

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 4.890mil/mm<sup>3</sup>

Valores Referências

4.000 - 10.000

Neutrófilos.....: 67  
Segmentados.....: 67  
Eosinófilos.....: 2  
Basófilos.....: 0  
Linfócitos.....: 30  
Monócitos.....: 1  
Metam. Neutrófilos.....: 0  
Xifófilos.....: 0

3 - 5 %  
50 - 66 %  
2 - 4 %  
0 - 1 %  
20 - 30 %  
4 - 8 %  
0 - 0 %  
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 241.000mm<sup>3</sup>

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000  
mm<sup>3</sup>

OBS:

Método: Impedância/Difração

Luís Henrique Vasconcelos 1<sup>o</sup> TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 144954

FRANCISCO DAS CHAGAS MACIEL  
CRF-0014-FARMAC. BIOQUÍMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUÍMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43652  
ATENDIMENTO: 312523  
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 03/04/2017

SEXO: M  
IDADE: 52a 0m 5d

**COAGULOGRAMA**

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 2,00 min.

Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.

Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA

Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

RECEBEMOS LIT. 03/04/2017

RECEBEMOS LIT. 03/04/2017

  
Luis Henrique Vasconcelos 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPA  
RG: 305198790-2 Mat. 14495-0

FRANCISCO DAS CHAGAS MACÊDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43652  
ATENDIMENTO: 312523  
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS  
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 03/04/2017

SEXO: M  
IDADE: 52a 0m 5d

CREATININA..... 0,6 mg/dl  
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:  
De 0,4 a 1,4 mg/dl  
UREIA:..... 35 mg/dl  
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:  
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 99 mg/dl  
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:  
70 a 99 mg/dl

SEMPRE LIGAR PORTA

03-04-2017 15:46 149976 1/1

Luís Henrique Vasconcelos - 1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG-105199193-2 Matr. 14495-0

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985