

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800572-46.2020.8.18.01 x Merge PDF files online. x

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=453788&ca=2512c15f6b25a37e... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**Pje** ProceComCiv 0800572-46.2020.8.18.0065  
ANTONIO LUIS DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

11276197 - CONTESTAÇÃO (2742485 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/08/2020 10:28:42

12 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11276193 - CONTESTAÇÃO
    - 11276197 - CONTESTAÇÃO (2742485 CONTESTACAO 01)
      - 11276201 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
      - 11276202 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
      - 11276205 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
      - 11276206 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

30 Jul 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

downloadBinario.seam 1 / 10

2742485- CJ/2020-02965/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PEDRO II/PI

Processo: 08005724620208180065

Ativar o Windows  
Ative as configurações de computador para ativar o Windows.

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

10:29 12/08/2020



12/08/2020

Número: **0800572-46.2020.8.18.0065**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro II**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                                |                    | Procurador/Terceiro vinculado   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------|
| ANTONIO LUIS DOS SANTOS (INTERESSADO)                                 |                    | LUCAS SANTIAGO SILVA (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (INTERESSADO) |                    |                                 |                         |
| Documentos                                                            |                    |                                 |                         |
| Id.                                                                   | Data da Assinatura | Documento                       | Tipo                    |
| 11276<br>201                                                          | 12/08/2020 10:28   | <a href="#">PROC ADM</a>        | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180312022**

Vitima: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **03/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312022**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13087499

Pag. 00357/00358 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030179



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO LUIS DOS SANTOS  
Nº Sinistro: 3180312022  
Vítima: ANTONIO LUIS DOS SANTOS  
Data do Acidente: 03/05/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312022**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01411/01412 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13162919



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Sinistro: **3180312022**

Vítima: **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Data do Acidente: **03/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MACEDO MORAES**

**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 **3180312022** 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**

Pag. 01231/01232 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13252230



**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**

Sinistro: **3180312022**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**  
Endereço do(a) Examinado(a): **LC MARFIN nº S/N - ZONA RURAL - MILTON BRANDAO/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1308771 - SSP**  
Data e local do acidente: **03/05/2017 JATOBA DO PIAUI/PI**  
Data e local do exame: **31/08/2018 TERESINA/PI**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS. NAO FEZ O TRATAMENTO FISIOTERAPICO DESCRITO. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.**

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

**SINISTRADO EVOLUIU COM DOR, DEFORMIDADE CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TERCO PROXIMAL DE PERNA ESQUERDA, ACENTUAÇÃO DO VARISMO DO TERCO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, RESTRIÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO EM SUA MARCHA.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

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

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
MÉDICO  
CRM: 52.57595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM





FIRST DATA DO BRASIL  
NSU FUA-0H: 081124786955 NS: 31219790

Data: 03/05/2018 Hora de Brasília: 11:57

Deposito em Conta Poupanca

Favorecido  
Banco : 237  
Agencia: 03985 - CAMPO MAIOR  
Conta : 0000060000951-6  
Nome : ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Depositante : O PROPRIO  
FAVORECIDO  
Valor em dinheiro :  
Valor em cheque :  
Valor total :

Aq. Bradesco : 03985 - CAMPO MAIOR  
Corresp. Banc.: 123 - DROGARIA SAO  
FRANCISCO  
NSU: 029202222151 Autenticacao: 564153

O F. C. LEITE DABRUSA atua como  
Correspondente Bancario do Banco  
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933





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

368 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000025/2018-97

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 19/06/2018 - 16:19

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

OP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Data/Hora

03/05/2017 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE ANDRÉS, ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

RESIDÊNCIA DO SR. EDIMAR DOCA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

RG: 1308771 SSP PI

Mãe: MARIA DA SOLIDADE DE OLIVEIRA

Endereço: LOCALIDADE MARFIM, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE MILTON BRANDÃO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: MILTON BRANDÃO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: ORESTES BORGES DE OLIVEIRA GOMES

RG: 2160468 SSP PI

Mãe: ROSA BORGES DE OLIVEIRA GOMES

Pai: ANASTÁCIO LUIS GOMES

Endereço: LOCALIDADE IMPUEIRA DA ONÇA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: ANTONIO JOSÉ CARNEIRO

RG: 3519846 SSP PI

Mãe: LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOÃO JOSÉ CARNEIRO

Endereço: LOCALIDADE IMPUEIRA DA ONÇA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 03 DE MAIO DE 2017 POR VOLTA DAS 17:00 HORAS APROXIMADAMENTE QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA EM UMA ESTRADA VICINAL CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: HONDA/NXR 150 BRÓS ES,ANO/FAB:2014/2014,COR: PRETA,PLACA:PIC-5057,CÓD-RENAVAN:01018522856,CHASSI Nº 9C2KD0550ER114206, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE ANTONIO JOSÉ CARNEIRO, E QUE PRÓXIMO À RESIDENCIA DO SENHOR CONHECIDO COMO "EDMAR DOCA" NA LOCALIDADE ANDRÉS,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE CAPRINO QUE INVADIU A ESTRADA VICINAL E QUE O CONDUTOR NÃO CONSEGUIU DESVIAR DO ANIMAL E BATEU NO MESMO FRONTALMENTE:QUE DEVIDO A ESSE ABALROAMENTO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR;QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO,LESÃO NO JOELHO E FRATURA DO PLANALTO FIBRAL DA PERNA ESQUERDA;QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI,ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL;FOI ATENDIDO POR O MÉDICO PLANTONISTA DR. SALMO MELO CRM-PI 3113, FOI AVALIADO E DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL

Boletim de Ocorrência emitido em: 19/06/2018 16:19 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 1/2



ORIGINAL





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

368 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000025/2018-97**

REGIONAL CHAGAS RODRIGUES EM PIRIPIRI-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS, QUE FOI ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO E NO DIA 11/05/2017 FOI NOVAMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE EM PARNAÍBA-PI ONDE FOI SUBMETIDO À VÁRIOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

*Francisco Das Chagas Silva*  
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

*Antonio Luis Dos Santos*  
ANTONIO LUIS DOS SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

\_\_\_\_\_  
Delegado de Polícia

ORIGINAL



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 Antonio Luis dos Santos CPF da Vítima 510.212.263-00 Data do Acidente 03/05/2018

**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 (trinta) 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 conclusão da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

09 JUN 2018

**DPVAT**

Milton Brandão 18 de maio de 2018  
Local e Data

Antonio Luis dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 03/05/17 HORA: 19:00 N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR MUNICÍPIO: Campo Maior

MÉDICO: SALMO MATEO OLIVEIRA LIMA CRM: 3113

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Idade: 42 anos Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

HDA: YACKE SOUZA filho de Sônia e Carlos Vitorino de  
Guedes de Vitor. O mesmo apresenta fratura de tíbia  
esquerda.

ESCALA DE GLASGOW: 14

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea  
3 - Comandos  
2 - A dor  
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado  
(X) Confuso  
3 - Palavras inapropriadas  
2 - Palavras Incompreensíveis  
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- (X) Obedece a comandos  
5 - Localiza dor  
4 - Movimento de retirada  
3 - Flexão anormal  
2 - Extensão anormal  
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio (X) Hidratação Venosa 500ml  
( ) Aspiração ( ) Medicação  
( ) Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HOSPITAL REGIONAL CAMOIS NOROESTE (AUXIPOR)

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 20170503 17 134

Assinatura e carimbo do Médico

Salmo Mateo Oliveira Lima  
MÉDICO  
CRM-PI 3113



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

AV. DR. PADUA MENDES,  
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000  
CNPJ: 06553564000480  
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

**Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)**

Atendimento: P0111852 Registro: 52969  
Data: 03/05/2017 Hora: 20:57:00  
Funcionario: CLEANE Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

**Senha 176****SUS****ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

Nasc.: 10/01/1975 Idade: 42 ANOS, 4 MESES, 24 DIAS Profissão: CPF: - RG: - SUS: Civil: CEP: 64253-1  
End.: MARFIM S/N, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: MILTON BRANDAO/PI  
Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: MNARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA Pai:

Clinica: **ENFERMAGEM** Documento: 1 - HRCR  
Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

03/05/2017 20:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MED)

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

**Queixa principal:****Exame clínico/físico:****Diagnóstico provável:****Medicação:**

*Letra manuscrita:*  
Letra manuscrita  
João C.  
e LMC

**Procedimentos/exames realizados:****Anotação de enfermagem**

*Assinatura manuscrita:*  
Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
CRM 10.243.757-91 CEM 2022

Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

1 - HRCR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159>  
Número do documento: 20081210284109400000010684159

Num. 11276201 - Pág. 11

# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00985-7

CONTA: 000000008951-6

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0409201805000000000023700985000000008951236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159>

Número do documento: 20081210284109400000010684159



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 750 - CENTRO SUL - TERESINA  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

**CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO**

Emitida conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL NF: 4.775.350

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA

LC MARFIN, S/N

B-RURAL

64253-050 MILTON BRANDAO

PI

|                          |                          |                                             |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>852323-1 | MÊS<br>ABR/2018          | PERÍODO DE CONSUMO<br>21/3/2018 a 20/4/2018 |
| CONSUMO (kWh)<br>73      | VENCIMENTO<br>27/04/2018 | TOTAL A PAGAR<br>34,69                      |

**OBSERVAÇÕES**

- Esta impressão destina-se exclusivamente para pagamento e não é cobrada.
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futuro com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia e correção monetária pelo Índice IGP-M.
- Ligação gratuita: 0800 086 0800

assinatura eletrônica

recorte aqui



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 750 - CENTRO SUL - TERESINA  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

|                          |                 |                        |
|--------------------------|-----------------|------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>852323-1 | MÊS<br>ABR/2018 | TOTAL A PAGAR<br>34,69 |
|--------------------------|-----------------|------------------------|

836500000002.346900170009.000000006524.323104180050



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

09 JUL 2018

**DPVAT**





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1305839-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.200-000  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Sem 6 - 1  
Regime especial de imposto autônomo pelo 5532/0948

Nº da Nota Fiscal: 005524496

A Tarifa de Energia Elétrica - TSE, formada pela Lei nº 10.435 de 20 de abril de 2002.

| CONTA MES | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-----------|------------|---------------|---------------------|
| MAIO/2018 | 16/05/2018 | 88            | 75,92               |

JOSE DE MACEDO MORAES RESIDENCIAL HUMBERTO BONA  
R. 21 05 QUADRA Z14 LOTE 05 B-URBANO

| DADOS DA LEITURA                  | DATA DA LEITURA             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Anterior: 11754                   | Anterior: 09/05/2018        |
| Constante de Multiplicação: 11666 | Próxima leitura: 10/04/2018 |
| Consumo Medido: 1,000             | Consumo: 11/06/2018         |
| Consumo Estimado: 88              | Consumo: 08/05/2018         |
| Consumo Estimado: 88              | Consumo: 09/05/2018         |

| CLASSE/SUBCLASSE | NÚMERO MEDIDA | PLANO | CÓDIGO PAT | VALOR |
|------------------|---------------|-------|------------|-------|
| NORMAL           |               |       | 29         | 13,92 |

| DESCRIÇÃO DA CONTA | VALOR |
|--------------------|-------|
| 1.1.1.1            | 232   |

|        |       |                                |                     |       |
|--------|-------|--------------------------------|---------------------|-------|
| ABR/18 | 332   | CONSUMO                        | 88 A R\$ 0,762755 = | 67,12 |
| MAR/18 | 99    | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |                     | 8,80  |
| FEV/18 | 119   | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA     | 0,25                |       |
| JAN/18 | 340   |                                |                     |       |
| DEZ/17 | 180   |                                |                     |       |
| NOV/17 | 241   |                                |                     |       |
| OUT/17 | 220   |                                |                     |       |
| SET/17 | 298   |                                |                     |       |
| AGO/17 | 282   |                                |                     |       |
| JUL/17 | 190   |                                |                     |       |
| TOTAL  | 2.332 |                                |                     |       |

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
09 JUL 2018  
DPVAT

| Mes/Ano | Valor R\$ | Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2018 | 311,72    | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 24 de maio de 2018, em função das contas não pagas nesta fatura. O não pagamento pode gerar a suspensão e inclusão do nome do consumidor no CADEN, informações sobre suspensão de fornecimento de energia elétrica e inclusão do nome do consumidor no CADEN, informações sobre suspensão de fornecimento de energia elétrica e inclusão do nome do consumidor no CADEN. |

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUIÇÕES - R\$         |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Distribuição: 5735,5496   | Base de Cálculo: 2771,5903        |
| Energia: 14,01            | Alíquota ICMS: 67,12              |
| Transmissão: 26,81        | Valor do ICMS: 22,00%             |
| Encargos: 4,18            | Valor do ICMS: 14,76              |
| Tributos: 4,24            | Valor do ICMS: 0,59               |
| TOTAL: 18,08              | INDICADORES DE CONTINUIDADE: 2,73 |

|      |       |       |      |      |       |      |
|------|-------|-------|------|------|-------|------|
| 7,27 | 14,53 | 29,06 | 3,86 | 7,73 | 15,45 | 4,14 |
| 0,00 | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00  | 0,00 |

CAMPO MAIOR 03/2018 28,87  
ROT: 306.010.06.49.116600  
Eletrobras Distribuição Pará  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.200-000  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Sem 6 - 1  
Regime especial de imposto autônomo pelo 5532/0948

|                    |           |                     |            |
|--------------------|-----------|---------------------|------------|
| SEU CÓDIGO         | 1305839-8 | TOTAL A PAGAR - R\$ | 75,92      |
| MES FATURADO       | 05/2018   | VENCIMENTO          | 16/05/2018 |
| Nº da Nota Fiscal: | 005524496 | FCAH                |            |

83680000000 9 75920017000 0 00000001305 2 83980518008 1



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
16 JUL 2018  
DPVAT



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José de Macedo Moraes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943-60 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Luis dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Luis dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263-00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_, e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

|                                       |                             |                         |                       |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Endereço <u>Rua Benjamin Constant</u> |                             | Número <u>852</u>       | Complemento           |
| Bairro <u>Centro</u>                  | Cidade <u>Campos Piores</u> | Estado <u>Piauí</u>     | CEP <u>64.280-000</u> |
| Email                                 |                             | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular(DDD) |
|                                       |                             |                         | <u>(86) 981374045</u> |

Campos Piores, Pi. 18 de maio de 2018

Local e Data

José de Macedo Moraes  
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu Jose de Macedo Moraes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 - 60  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Luis dos Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima  
Antonio Luis dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 510.212.263 / 00, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

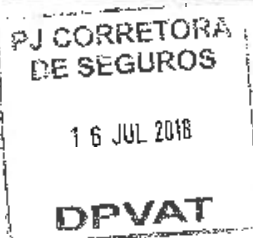
☒ Recuso informar

ORIGINAL

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

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

|                                       |                           |                       |                      |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|
| Endereço <u>Rua Benjamin Constant</u> |                           | Número <u>852</u>     | Complemento          |
| Bairro <u>Centro</u>                  | Cidade <u>Campo Maior</u> | Estado <u>Piauí</u>   | CEP <u>64280-000</u> |
| Email                                 | Telefone comercial(DDD)   | Telefone celular(DDD) |                      |
|                                       |                           | <u>(86) 981374015</u> |                      |



Campo Maior, Pi 18 de maio de 2018  
Local e Data

Jose de Macedo Moraes  
Assinatura do Declarante



OLDRL-001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSE CARNEIRO,  
RG nº 3.549.846, data de expedição 25/09/2010,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 994.462.908-34, com  
domicílio na cidade de JATOBÁ DO PIAUI, no Estado de  
PIAUI, onde resido na  
(Rua/Avenida/Estrada) POVOADO IMPERIAL DA ONÇA, nº  
S/N, 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:  
ANTONIO LUIS DOS SANTOS, cujo o  
condutor era: ANTONIO LUIS DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2014/2014

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES

Placa: PJC - 5057

Chassi: 9C2KD0550ER114206

Data do Acidente: 03/05/2017



Local e Data: CAMPO MAIOR-PI 09 DE MAIO DE 2018



Antonio Jose Carneiro

Assinatura do Declarante

ORIGINAL

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não avítima reclamante do sinistro)



PJ CORRETO  
 DE SEGURANÇA  
 09 JUL 2018  
 DPVAT



Responsável: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

1 - HRCR

Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
CPF 18.043.755-51 CRM-1022

| Procedimentos/exames realizados: |  | Anotação de enfermagem |
|----------------------------------|--|------------------------|
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |
|                                  |  |                        |

Medicação:

Diagnóstico provável:

Exame clínico/físico:

Queixa principal:

03/05/2017 20:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MED  
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

#### Procedimentos

Clínica: **ENFERMAGEM** Documento: 1 - HRCR Responsável: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - O MESMO  
Corr: SEM Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA Cidade: MILTON BRANDAO/PI CEP: 64253-1  
Nasc: 10/01/1975 Idade: 42 ANOS, 4 MESES, 24 DIAS Profissão: Civil: CPF: - RG: - SUS: 176  
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES,  
CENTRO, PIRAPIRI/PI - 64260-000  
CNPJ: 065535364000480  
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362



Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)  
Atendimento: P0111852  
Data: 03/05/2017  
Funcionário: CLEANE  
Senha 176  
Sexo: MASCULINO  
Tipo: CONSULTA  
Hora: 20:57:00  
Registro: 52969  
CEP: 64253-1

SUS

Sexo: MASCULINO

Tipo: CONSULTA

Hora: 20:57:00

Registro: 52969

CEP: 64253-1

SUS

Sexo: MASCULINO

Tipo: CONSULTA

Hora: 20:57:00

Registro: 52969

CEP: 64253-1

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159

Número do documento: 20081210284109400000010684159

Jose Augusto Alves Peres  
Matricula 158459-6  
SAME/HRCM/PI

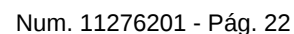
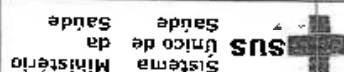
Campo Maior, 25 de Maio de 2018  
Jose Augusto Alves Peres  
Matricula 158459-6  
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI

Declaro para os devidos fins que o Sr. Antônio Luis dos Santos RG: 1.308.771 SSP/PI, filiação: Maria da Soledade de Oliveira, naturalidade Capitão de Campos/PI, nascido em 22/01/1972 deu entrada neste Hospital Regional na data de 03/05/2017 as 19:00hs alegando ser vítima de acidente de trânsito ( motocicleta) sendo atendido e transferido pelo médico plantonista Dr. Salmo Melo CRM/PI 3113 para o Hospital Chagas Rodrigues em Piripiri/PI senha 2017050317131, documento anexo.

## DECLARAÇÃO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR



|             |            |
|-------------|------------|
| Atendimento | 107601     |
| Data        | 03/06/2017 |
| Horas       | 22:27      |

## BOLETIM DE ADMISSÃO

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

|        |  |
|--------|--|
| Nº AIH |  |
| CLEANF |  |

52969 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS

- Sexo: MASCULINO - 10/01/1975 - 42 ANOS, 4 MESES, 24 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermagem: CM09-CLINICA CIRURGICA Leito: CM0903 Naturalidade:

Escalade:

CNPJ: RG:

Endereço: MARFIM S/N, Nº 0 - CEP: 64253-000

Cidade: 2206357- MILTON BRANDAO/PI Profissão:

Belmo: ZONA RURAL

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA

Responsável: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( ) - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:



Resultado

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Transferido

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

Obito

+48 Horas

-48 Horas

História Clínica

Diagnóstico Provável

Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
CRM-PI 2472  
Osteodentista/Tratamento Odontológico

RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA

México / Carimbo / Assinatura

Dr. Renato Soares Coutinho  
CRM 272428  
Adaptado em 17/08/2020

03.5. Neo Choma "Miguel", indiano  
para fazer

0 Ambr  
0 Ambr  
0 LMC / 15/07/91  
0 LMC / 15/07/91  
0 Ambr  
0 Ambr

DPVAT

09 JUL 2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

TÉCNICA CIRÚRGICA

ANESTESISTA

INSTRUMENTADOR

ALVALIA

Renato

CIRURMO

LMC

CIRURMO

PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

f. Tórax grande

NOME

Anthon Amthout

DATA

03/5/12

ENFERMEIARIA/LENO

CLÍNICA

RELATÓRIO CIRÚRGICO

ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES





ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Arbore Luis de Freitas

Data:

03/07/14

EXPERIANÇA:

09/03

Diagnóstico:

F. Tumor proximal e (metastático)

Evolução:

LMC

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Prescrição:

o pílula - 1000mg

o 9/9% - 1000mg  
o 56% - 1000mg

o colágeno - 1g ev 6/6v

o suplemento - 800mg ev 8/8v

o cataplasma - 0,5mg ev 12/12v (22:30)  
o 1h - 2v ev 6/6v 5/5v

Dr. Renato Jorge C. Oliveira  
CRM: 12.043.777-7  
Rég. 1202

04/05/07

509939  
Tadine  
VX: 37,40  
0,340000

Carimbo



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**  
 AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO  
 64260-000, PIRIPIRI/PI  
 CNPJ: 06553564/000480  
 TELEFONE: (86) 3276-3362

42 ANOS, 4 MESES, 24 DIAS

PACIENTE: 107601-ANTONIO LUIS DOS SANTOS

DIAS INTERNAÇÃO: 1

ADMISSÃO: 03/05/2017

ENFERMARIA: CM09-CLINICA CIRURGICA LEITO: CM0903

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

04/05/2017 - 10:38:35

**ORAUKEAD**

|                          |            |                 |        |                              |
|--------------------------|------------|-----------------|--------|------------------------------|
| DIETA BRANDA             | 1,00 FRAMI | ENDOVENOSA (EV) | 05/06H | DILUIR EM 40                 |
| CERANTIN 100 MG          | 1,00 AMP   | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H | DILUIR EM AD                 |
| VERBAMICINA 80MG/2ML     | 1,00 FRA   | ENDOVENOSA (EV) | 12/12H | DILUIR EM 100ML S/ 0,5%      |
| CETOPROFENO 100MG FRASCO | 1,00 UN    | ENDOVENOSA (EV) | 06/06H | DILUIR EM AD SE DOR OU FEBRE |
| DIPIRONA 1G AMP          |            |                 |        |                              |

SCALP SALINIZADO  
 SSVV\*ECGG



10:00 PA - 140/80 mmHg  
 TX: 37,5°C  
 18hs - PA - 120x80 mmHg  
 T - 36,1°C  
 SDA - PA 120x80 mmHg, Dorsal

5947 - NATALIA PORTELA VELOSO BOAVISTA

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPITI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 07/05/2017 - 08:31:35

Pág.: 1/1

PACIENTE: 107601-ANTONIO LUIS DOS SANTOS

ENFERMARIA: CM09-CLINICA CIRURGICA LEITO: CM0903

ADMISSÃO: 03/05/2017

DIAS INTERNADO: 4

42 ANOS, 4 MESES, 24 DIAS

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

07/05/2017 - 08:31:32

| DIETA BRANDA             | DILUIR EM AD               |        |                              |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|----------------------------|--------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| CEFALOTINA 1G INJ.       | 3,00 FRAM: ENDOVENOSA (EV) | 06/06H | DILUIR EM AD                 |  |  |  |  |  |  |
| GENTAMICINA 80MG/ML 2ML  | 2,00 AMP: ENDOVENOSA (EV)  | 12/12H | DILUIR EM AD                 |  |  |  |  |  |  |
| CETOPROFENO 100MG FRASCO | 1,00 FRA: ENDOVENOSA (EV)  | 12/12H | DILUIR EM 100ML, SF 0,9%     |  |  |  |  |  |  |
| DIFERONA 1G AMP          | 1,00 UN: ENDOVENOSA (EV)   | 08/06H | DILUIR EM AD SE DOR OU FEBRE |  |  |  |  |  |  |

SCALP SALINIZADO  
SSVH4CCGG

33.10h - 5º DH. Consciente, orientado, fôlego, auscultação  
sem ruídos. Não hinchado, hipocrato, oxim. 98%  
oel sem reflexos. Tão e rigores normais.  
Exame em mte por ausência motorizada.  
Oganda praticante cirúrgico. Soluções  
fisiológicas, diag, parâmetros normais há 3 dias.  
Sem queixas no momento. Siga alongar e  
convidados. AP 14.56.

*Assinado eletronicamente por:*  
Jorge Pereira L. M. Pereira  
Enfermeiro  
COREN-PI 243.561.427



Dr. Tiago Adley Lima Cunha  
MÉDICO  
CRM-PI 6243

4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 09/05/17 HORA: 9:42:55 Nº DOUTOR: 9.9925.0506

HOSPITAL SOLICITANTE: HECB MUNICÍPIO: Teresopolis

MÉDICO: Dr. André Dantas CRM: 8428

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO: Obstetrical ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria (X) Outro: *Obstetrical*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Nome: *Antônio Carlos dos Santos*

Data do Nascimento: 10.04.1975 Idade: 42 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

RG ou CPF: *990.5031.2543.4150* Cartão Nacional de Saúde: *990.5031.2543.4150*

Município de Procedência: *Terapias*

HDA: *Terapias*

HD: *Terapias*

ESCALA DE GLASGOW: *Terapias*

ABERTURA OCULAR: 1 - Nenhuma 2 - A dor 3 - Comandos 4 - Espontânea

RESPOSTA VERBAL: 1 - Nenhuma 2 - Palavras inapropriadas 3 - Palavras inapropriadas 4 - Confusa 5 - Orientado

RESPOSTA MOTORA: 1 - Nenhuma 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos

SINAIS VITAIS: Tax. C.P. bpm R. mrm PA: mmHg Sat.O<sub>2</sub>

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: ( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa ( ) Medicação (especificar) ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia):

Assinatura e carimbo do médico responsável:

HOSPITAL DE DESTINO: HECB

Clinica/Posto: 0017 0509 17859

Senha: 0017 0509 17859

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

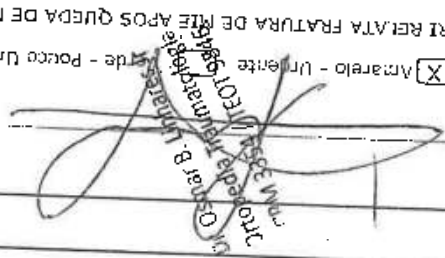
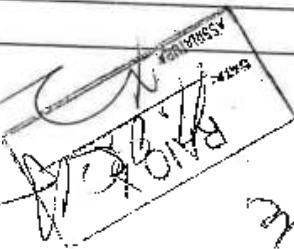
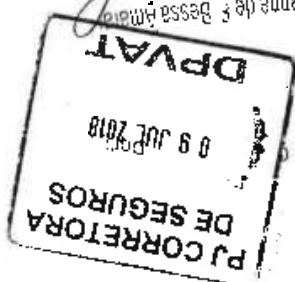
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159

Número do documento: 20081210284109400000010684159

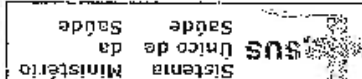
Num. 11276201 - Pág. 28



|                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ANTONIO LUIS DOS SANTOS</b><br>RUA RODRIGO COIMBRA,<br>POCOVIARIA, PARNAIBA/PI - 64216-470<br>CNPJ: 06553564035593<br>(86) 3323-7188 - ( )                                                                                                                       |  | <b>Ficha de Atendimento (Emergência)</b><br>Arendimento: PU175463<br>Data: 11/05/2017<br>Funcionário: FABRICIO<br>Senha 160<br>Sexo: MASCULINO<br>Tipo: CONSULTA<br>Hora: 16:21:00<br>Registro: 113343                                                                              |  |
| <b>ANTONIO LUIS DOS SANTOS</b><br>Nasc: 22/01/1972 Idade: 45 ANOS, 4 MESES, 20 DIAS Profissão:<br>End: PCV, MARFIM, O -<br>Cm: PARDA Telefone: ( ) -<br>Mae: MARIA DA SOLIDADE<br>Bairro: ZONA RURAL<br>Cidade: MILTON BRANDAO/PI<br>Civl: CASADO(A) CEP: 64253-000 |  | <b>Atendimento de URGENCIA</b><br>Procedimentos<br>Demanda: AMBULANCIA<br>Clnica: ORTOPEDIA                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Exames Complementares:</b><br><i>For + Bifurcação</i><br><i>For + Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                        |  | <b>História Clínica/Exame físico:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Diagnóstico provável:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                     |  | <b>Prescrição Médica:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Antecedentes de Classificação de Risco</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                    |  | <b>Prioridades:</b><br><input type="checkbox"/> Vermelha - Emergência<br><input type="checkbox"/> Laranja - Muito Urgente<br><input checked="" type="checkbox"/> Amarelo - Urgente<br><input type="checkbox"/> Verde - Pouco Urgente<br><input type="checkbox"/> Azul - Não Urgente |  |
| <b>Alergias: MEGA ALERGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Medicação Usual:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>PA: 100x60 mmHg</b><br><b>FC: 9 bpm</b><br><b>Gl: 0 mg/dl</b><br><b>TAX: 0pc</b><br><b>FR: 0 mcpm</b><br><b>Peso: 0 kg</b><br><b>SAT O2: 0</b><br><b>ECG: 0</b>                                                                                                  |  | <b>Medicação Usual:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Observação:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                               |  | <b>Observação:</b><br><i>Inf. Plavido tibia / (E)</i>                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>Condição: AO ORTOPEDISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>Condição: AO ORTOPEDISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Partes de Alta</b><br><input type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Óbito<br><input type="checkbox"/> Evasão<br><input type="checkbox"/> Transferência                                                                                               |  | <b>Partes de Alta</b><br><input type="checkbox"/> Alta<br><input type="checkbox"/> Óbito<br><input type="checkbox"/> Evasão<br><input type="checkbox"/> Transferência                                                                                                               |  |
| <b>Paciente ou Responsável</b><br>ANTONIO LUIS DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Paciente ou Responsável</b><br>ANTONIO LUIS DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                           |  |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR



|             |            |
|-------------|------------|
| Agendamento | 1012154    |
| Data        | 11/05/2017 |
| Horas       | 17:10      |

BOLETIM DE ADMISSÃO

RUA RODRIGO COIMBRA, 1650  
PARNAIBA/PI

|           |
|-----------|
| PRINCIPAL |
|-----------|

|                                                                      |                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 113343 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS                                     |                                              |
| CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/01/1972 - 45 ANOS, 4 MESES, 20 DIAS |                                              |
| Clinica: ORTOPEDIA                                                   | Enfermarias: 027 - CORREDOR                  |
| Escalade:                                                            | Leito: 2701                                  |
| Cpf:                                                                 | Convênio: SUS                                |
| Endereço: POV. MARFIM, Nº 0 - CEP: 64263-000                         | Médico: 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR |
| Cidade: 2208357 - MILTON BRANDAO/PI                                  | CNV:                                         |
| Profissão:                                                           | SIS Prenatal:                                |
| Paí:                                                                 | Bairro: ZONA RURAL                           |
| Responsavel: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( )                           | Telefone: ( )                                |
| Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO                        | Mãe: MARIA DA SOLIDADE                       |
| Diagnóstico Definitivo:                                              |                                              |

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Resultado    |                          |
| Curado       | <input type="checkbox"/> |
| Melhorado    | <input type="checkbox"/> |
| Inalterado   | <input type="checkbox"/> |
| Piorado      | <input type="checkbox"/> |
| Relevado     | <input type="checkbox"/> |
| Perdido      | <input type="checkbox"/> |
| Evasão       | <input type="checkbox"/> |
| Indisposição | <input type="checkbox"/> |
| -48 Horas    | <input type="checkbox"/> |
| -45 horas    | <input type="checkbox"/> |
| Obito        | <input type="checkbox"/> |

|                  |
|------------------|
| Historia Clinica |
| PJ CORRETORA     |
| DE SEGUROS       |
| 09 JUL 2018      |
| DPVAT            |

Diagnóstico Provável

F. Med. Plavisto Fibral (e)

OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

CRM 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

CRM 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

DPVAT  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
09 JUL 2018

Assinatura médica - Camilo  
Dr. Osmar B. Linhares Jr.  
Otorrinolaringologista  
CRM 3354 / TEOT 9846

F/inf. De volta Fibrol (E)

Exame realizado demonstrou:

LAUDO

PRONTUARIO: 113.343  
PACIENTE: 1012154 ANTONIO LUIS DOS SANTOS:  
ENFLEITO: 027/2701  
SETOR DE RAO X  
05553564016593



**PJ CORRETORA**  
**DE SEGUROS**  
**DPVAT**  
 09 JUL 2018

Dr. Osmar B. Linhares Jr.  
 CRM 4554 / TR01-0946  
 Ortopedia Traumatologia

(1) Fidei in doli ad cust  
 (2) Passy + Aut + P x 100  
 (3) Passy + Aut + P x 100  
 (4) Suture / Curativo

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

|           |               |                      |              |             |            |            |                |                     |         |         |
|-----------|---------------|----------------------|--------------|-------------|------------|------------|----------------|---------------------|---------|---------|
| PACIENTE: | DATA DE NASC: | DATA DE INTERVENÇÃO: | INTERVENÇÃO: | AUXILIARES: | ANESTESIA: | CIRURGIÃO: | PRÉ-MEDICAÇÃO: | INTERVENÇÃO: INÍCIO | TERMINO | DURAÇÃO |
|           |               |                      |              |             |            |            |                |                     |         |         |

LAUDO CIRÚRGICO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
 HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



[illegible]



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

|                                   |                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| PACIENTE:                         | Antônio Luiz dos Santos                      |
| DATA:                             | 15.05.2017                                   |
| CIRURGIA REALIZADA:               | Parotomia e cirurgia de fratura plate tibial |
| TIPO DE ANESTESIA:                | Rogui                                        |
| INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS: |                                              |
| ALERGIA A:                        | Não alergia medicamentosa                    |

| SINAIS VITAIS           |        | HORÁRIOS |     |
|-------------------------|--------|----------|-----|
| ADMISSÃO                | 86/60  | 15'      | 45' |
| PA                      | 100/64 | 30'      | 60' |
| FC/PULSO                | 95/68  | 1h30'    | 2h  |
| TEMPERATURA             | 36,3   | 2h30'    | 3h  |
| OXIMETRIA               | 100    |          |     |
| FREQUÊNCIA RESPIRATORIA | 15     |          |     |

### Escala de Aldrete e Kroulik:

| ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO                                                                                                                           | Admissão 15' | 30' | 45' | 60' | Saída |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-------|
| CONSCIÊNCIA                                                                                                                                                    | 2            | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Desperta ao chamado = 2<br>Completamente acordado = 1<br>Não responde ao chamado = 0                                                                           |              |     |     |     |       |
| ATIVIDADE MOTORA                                                                                                                                               | 2            | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Mov. 4 extremidades = 2<br>Mov. 2 extremidades = 1<br>Não movimentar = 0                                                                                       |              |     |     |     |       |
| RESPIRAÇÃO                                                                                                                                                     | 2            | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Profunda ou tosse livremente = 2<br>Limitada, dispneia = 1<br>Apnéia = 0                                                                                       |              |     |     |     |       |
| CIRCULAÇÃO                                                                                                                                                     | 2            | 2   | 2   | 2   | 2     |
| 20% do nível pré-anestésico = 2<br>40 - 45% do nível pré-anestésico = 1<br>50% do nível pré-anestésico = 0                                                     |              |     |     |     |       |
| SPO <sub>2</sub>                                                                                                                                               | 2            | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Mantém SPO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente = 2<br>Mantém SPO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> = 1<br>Mantém SPO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> = 0 |              |     |     |     |       |
| TOTAL DE PONTOS                                                                                                                                                | 9            | 10  | 10  | 10  | 10    |
| APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS                                                                                                                                     |              |     |     |     |       |

DPVAT

09 JUL 2018

PJ CORRETORA DE SEGUROS

### Escala da dor:

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Ao Chegar na SRPA | Ao Sair da SRPA |
| Apresenta dor     | Apresenta dor   |
| 0 1 2 3 4 5       | 0 1 2 3 4 5     |

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

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésicos regionais: Raqui-anestésia ou Anestésia Peridural):

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde / HEDA  
Rua Rorito Coimbra, nº 1650 - Rodovalho  
CEP 64216-473 - Parnaíba, Piauí, Brasil  
Telefone: 86 3221.7183  
www.heda.pi.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP  
Academia Pedro Pinheiro, 514, Bloco A, Centro Administrativo  
CEP 64218-500 - Teresina, Piauí, Brasil  
Telefone: 86 3218.1553  
www.saude.pi.gov.br



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

|                                   |                                             |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| PACIENTE:                         | Antônio Luiz dos Santos                     |
| DATA:                             | 15.05.2017                                  |
| HORÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA       | 10:00                                       |
| CIRURGIA REALIZADA:               | Enotamente cirurgia de fratura plote tibial |
| TIPO DE ANESTESIA:                | Raqui                                       |
| INTERCORRENCIAS INTRAOPERATÓRIAS: |                                             |

| SINAIS VITAIS |          | HORÁRIOS    |           |                     |          |       |       |
|---------------|----------|-------------|-----------|---------------------|----------|-------|-------|
| PA            | FC/PULSO | TEMPERATURA | OXIMETRIA | FREQU. RESPIRATORIA | ADMISSÃO | SAÍDA | SAÍDA |
| 86/60         | 59       | 36,3        | 100       | 15                  | 15       | 45    | 60    |
| 101/64        | 58       | 36,4        | 100       | 17                  | 30       | 45    | 60    |
| 103/68        | 58       | 36,4        | 100       | 17                  | 45       | 60    | 75    |
| 95/56         | 60       | 36,3        | 100       | 17                  | 60       | 75    | 90    |

### Escala de Aldrete e Kroulik:

| ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK MODIFICADO |                                                                                                                                                                | Admissão 15' |    |    |    | Saída |    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|----|----|-------|----|
| CONSCIÊNCIA                          | Completamente acordado = 2<br>Desperta ao chamado = 1<br>Não responde ao chamado = 0                                                                           | 2            | 2  | 2  | 2  | 2     | 2  |
| ATIVIDADE MOTORA                     | Move 4 extremidades = 2<br>Move 2 extremidades = 1<br>Não movimentação = 0                                                                                     | 2            | 2  | 2  | 2  | 2     | 2  |
| RESPIRAÇÃO                           | Profunda ou tosse livremente = 2<br>Limitada, dispnoia = 1<br>Apnéia = 0                                                                                       | 2            | 2  | 2  | 2  | 2     | 2  |
| CIRCULAÇÃO                           | 20% do nível pré-anestésico = 2<br>20 - 49% do nível pré-anestésico = 1<br>50% do nível pré-anestésico = 0                                                     | 1            | 2  | 2  | 2  | 2     | 2  |
| SpO <sub>2</sub>                     | Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente = 2<br>Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> = 1<br>Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> = 0 | 2            | 2  | 2  | 2  | 2     | 2  |
| TOTAL DE PONTOS                      | APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS                                                                                                                                     | 9            | 10 | 10 | 10 | 10    | 10 |
| Alta da SRPA com pontos, às          | horas. Anestesiologista: _____                                                                                                                                 |              |    |    |    |       |    |

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| Ao Chegar na SRPA | (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 |
| Ao Sair da SRPA   | (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 |
| Anestesiologista  | CRM-PI 3423           |

|                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raqui, anestesia ou Anestesia Peridural): |  |
| Parâmetro                                                                                                                    |  |
| Scm bloqueio motor                                                                                                           |  |
| Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levantar a perna.                                                              |  |
| Pode mover apenas o pé.                                                                                                      |  |
| Não pode mover pé ou joelho                                                                                                  |  |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
PARNAÍBA - PI

GOVERNO  
DO PIAUÍ



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO  
MÉDICA

NOME

André Luis

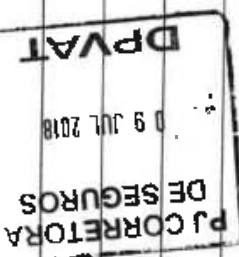
IDADE

LEITO

DATA

09/08/2020

| PRESCRIÇÃO MÉDICA             | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | QUANT. | EVOLUÇÃO MÉDICA                                     |
|-------------------------------|----------------------|--------|-----------------------------------------------------|
| 1) Dabe hure                  |                      |        |                                                     |
| 2) Sf 0,5%. 500 ml IV         |                      |        | Pte d<br>Trame 400 g<br>1000 ml Fome<br>do Parafome |
| 3) Dymone - 10mg<br>AD - 10mg | 10<br>6h             |        |                                                     |
| 4) Volaren 10mg               | 14 12h 18h 06        |        |                                                     |
| 5) Apobone 1g IV 4/4h         | 18h 06               |        |                                                     |
| 6) Upanave 5000               | VI SC 12h 18h 06     |        |                                                     |
| 7) SSU V 400g                 |                      |        |                                                     |

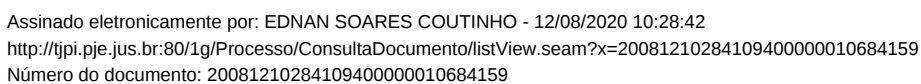


Dr. Omar B. Linhares Jr.  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 3354 / RTO 9846

Dr. Omar B. Linhares Jr.  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 3354 / RTO 9846

NOME Antônio Luís Santos PARNAIÁ - PIAUÍ  
LEITO 11-3 DATA 14/05/11  
IDADE \_\_\_\_\_

[illegible]





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159>

Número do documento: 20081210284109400000010684159

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.670 - RODOVIÁRIA

Fone: (86) 3323-7168

CEP: 64215-470 - PARNAIABA/PI

Data de Nascimento

22/01/1972

Endereço

POV. MARFIM, 0 - ZONA RURAL  
MILTON BRANDAO/PI

10-08

LEITO: 2701

ENF: 027

IDADE 46 ANOS, 4 MESES, 20

Nº DO ATENDIMENTO 1012154

Paciente ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Data

Prescrição Médica

Horário de Medicação

Quant

Evolução Médica

P.O. op

Duete 300

SF 0,8% 1500 ml

56- 36 1500 ml

Diprione - 1000

AD

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

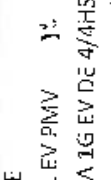
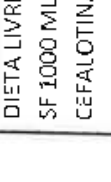
1000

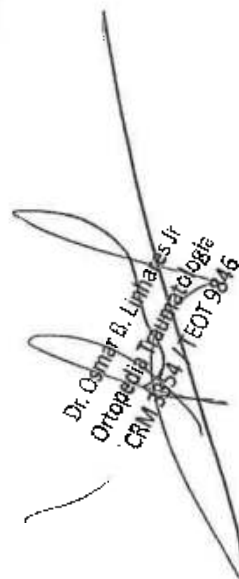
1000

1000

Dr. Osmar B. Linhares Jr  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 3354 / TEOT 9846

Dr. Osmar B. Linhares Jr  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 3354 / TEOT 9846

| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| PRESCRIÇÃO:                                                                                                                                                                                                                       | DATA: 16/05/17      | HORÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EVOLUÇÃO MÉDICA                   |
| DIETA LIVRE<br>SF 1000 ML EV PMV 12:00<br>CEFALOTINA 1G EV DE 4/4HS<br>HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS<br>DIPYRONA 2ML EV DE 6/6 h S/N <sup>II</sup><br>VOLTAREN 1 AMP IM 12/ 12 HS S/N <sup>II</sup><br>CURATIVO<br>SSVV + CCEG |                     | <div>  </div> <div>  </div> <div>  </div> <div>  </div> <div>  </div> | POS OP<br>RX OK                   |
| <b>HEDA</b>                                                                                                                                                                                                                       | ANTONIO LUIS SANTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N° DO PRONTUÁRIO: 10<br>N° FI: 01 |

  
 Dr. Omar B. Lima Neto Jr.  
 Ortopedia Traumatologia  
 CRM 3854 / EOT 9846



| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                               |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| PRESCRIÇÃO:                                                                                                                                                                                              | DATA: 17/05/17                                                                                                                                | HORÁRIO                                  |
| <p>ALTA HOSPITALAR //</p>  <p>Dr. Fabiano O. Almeida<br/>Ortopedista/Tratamentologista<br/>CRMPI 2822 - TEOT 2928</p> | <p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA</b></p> <p>2 PO DE REDUÇÃO CIRURGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA DO PLATO TIBIAL</p> <p>EVOLUI BEM</p> <p>FQ:OK</p> <p>RX:OK</p> |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                          |
| <p><b>HEDA</b></p> <p>ANTONIO LUIS SANTOS</p>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                               | <p>Nº DO PRONTUÁRIO:</p> <p>CORREDOR</p> |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               | Nº FI                                    |





GOVERNO  
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA  
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH  
SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 07/05/17 HORA: Nº DO TELEFONE: 9.9925-0506

HOSPITAL SOLICITANTE: HECB MUNICÍPIO: Parnaíba CRM: 8422

MÉDICO: Dr. Eduardo Sousa

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria (X) Outro: Atropelada

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Antônio Lourenço dos Santos

Data do Nascimento: 10.04.1977 Idade: 42 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

RG ou CPF: Cartão Nacional de Saúde: 990.5071.2543.4150

Município de Procedência: Parnaíba

HDA: Parnaíba

HD: FMS - PMS - INH

ESCALA DE GLASSGOW:

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

- 4 - Espontânea  
3 - Comandos  
2 - A dor  
1 - Nenhuma
- 5 - Orientado  
4 - Confuso  
3 - Palavras inapropriadas  
2 - Palavras incompreensíveis  
1 - Nenhuma
- 6 - Obedece a comandos  
5 - Localiza dor  
4 - Movimento de retirada  
3 - Flexão anormal  
2 - Extensão anormal  
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. °C - P: bpm R: mm PA: mmHg Sat O<sub>2</sub> Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa ( ) Medicação (especificar)

( ) Curativo ( ) Outros:

EXAMES REALIZADOS ( Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HECB

Clinica/Posto: Senha: 0017 0509 17 859

Assinatura e carimbo do médico solicitante  
Dr. Eduardo Sousa



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Ficha de Atendimento (Emergência)  
Atendimento: P0184162  
Data: 05/06/2017  
Funcionário: SIMONE  
Sexo: MASCULINO  
Tipo: CONSULTA  
Hora: 10:24:00  
Registrado: 113343  
SUS

ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Nasc: 22/01/1972 Idade: 45 ANOS,5 MESES,14 DIAS Profissão:

End: P.O.V. MARIM, 0 - Bairro: ZONA RURAL, Mãe: MARIA DA SOLIDADE

Civil: CASADO(A) CEP: 64253-000 Cidade: MILTON BRANDAO/PI

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico:

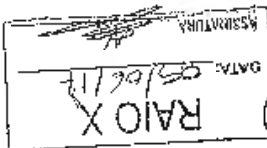
Hora: \_\_\_\_\_  
Interação

Exames Complementares:

há 30 dias

Diagnóstico provável:

Doença do pulmão



Prescrição Médica:

Dr. JOAO CARLOS MORA  
CRM: 1743

Doença do pulmão

Avaliação da Classificação de Risco

Hora: 10:34:35

Prioridade:

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

Queixa/História: QUEIXA DE DOR EM MIE E REFERENDO DEISCENCIA DE SUTURA, SIC.

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 90x60 mmHg

TAX: 09c

FR: 6 impm

SAT O2: 0

Dor:

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO GERAL

Luciano de Sousa Brandão  
Enfermeiro  
COPEN-PI 128290 ENF

128290 - LUCIANO DE SOUSA BRANDAO  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Evaseio

☐ Transferência

☐ Destino:

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA  
Paciente ou Responsável

100 - MEDICO DE PLANTAO  
Médico Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema: Ministério da Saúde  
Unidade de Saúde: 5000

2 - CNES: 80156899  
4 - CNES: 80156899

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
HOSPITAL DO ESTABELECIMENTO EXPOSIÇÃO  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

8 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - NOME DO PACIENTE

9 - SEXO

2 - DATA DE NASCIMENTO

1 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - TELEFONE DE CONTATO

22/01/1972

72050712544150

16 - UF

14 - CID - ICD 10

12 - ENDEREÇO

15 - CEP

13 - CID - ICD 10

11 - ENDEREÇO

14 - CID - ICD 10

13 - CID - ICD 10

10 - ENDEREÇO

13 - CID - ICD 10

12 - CID - ICD 10

9 - ENDEREÇO

12 - CID - ICD 10

11 - CID - ICD 10

8 - ENDEREÇO

11 - CID - ICD 10

10 - CID - ICD 10

7 - ENDEREÇO

10 - CID - ICD 10

9 - CID - ICD 10

6 - ENDEREÇO

9 - CID - ICD 10

8 - CID - ICD 10

5 - ENDEREÇO

8 - CID - ICD 10

7 - CID - ICD 10

4 - ENDEREÇO

7 - CID - ICD 10

6 - CID - ICD 10

3 - ENDEREÇO

6 - CID - ICD 10

5 - CID - ICD 10

2 - ENDEREÇO

5 - CID - ICD 10

4 - CID - ICD 10

1 - ENDEREÇO

4 - CID - ICD 10

3 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

3 - CID - ICD 10

2 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

2 - CID - ICD 10

1 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

1 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO

0 - CID - ICD 10

0 - CID - ICD 10

0 - ENDEREÇO



|                |            |
|----------------|------------|
| Idade:         | 11:36      |
| Data:          | 05/06/2017 |
| Identificação: | 1012739    |

## BOLETIM DE ADMISSÃO

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

SIMONE

IN

113343 - ANTONIO LUIS DOS SANTOS

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/01/1972 - 45 ANOS 5 MESES 14 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027 - COHREDOR Leito: 2714 Convênio: SUS

Escalade: Médico: 3611 - ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO C/N: SIS Prenatal:

Endereço: POVMARFIM, Nº 0 - CEP: 64263-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2206357 - MILTON BRANDAO/PI Profissão:

Pat: Mãe: MARIA DA SOLIDADE

Responsável: ANTONIO LUIS DOS SANTOS - ( ) - O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

Curado

Melhorado

Inalterado

Florado

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

-48 Horas  
+48 Horas  
Obito

História Clínica

apareceu no início da cirurgia com  
apareceu no início da cirurgia com

Diagnóstico Provável

infecção

ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## BOLLETTINO DI ANESTESIA

| PACIENTE                 |  | PROCEDIMENTO             |  | PRESSÃO ARTERIAL |  | HEMATOCRITO |  | QUENIMA |  | UREIA  |  | CREATININA |  | OUTROS |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|-------------|--|---------|--|--------|--|------------|--|--------|--|
| Paciente Luiz dos Santos |  | Cirurgia de Laparoscopia |  | 120/80           |  | 40          |  | 38.0    |  | 12.0   |  | 1.2        |  | -      |  |
| IDADE                    |  | DATA DE NASC.            |  | PESO             |  | ALTURA      |  | PESO    |  | ALTURA |  | PESO       |  | ALTURA |  |
| 50                       |  | 10/06/1977               |  | 70               |  | 1.70        |  | 70      |  | 1.70   |  | 70         |  | 1.70   |  |
| SEXO                     |  | ESTADO FÍSICO ASA        |  | RESPIRAÇÃO       |  | HEMATOCRITO |  | QUENIMA |  | UREIA  |  | CREATININA |  | OUTROS |  |
| M                        |  | ASA I                    |  | Normal           |  | 40%         |  | 38.0    |  | 12.0   |  | 1.2        |  | -      |  |

| OXIGÊNIO |  | SEVOFLURANO |  | SPO2 (%) |  | FIO2 (%) |  | CÓDIGOS           |  |
|----------|--|-------------|--|----------|--|----------|--|-------------------|--|
| 100      |  | 0.5         |  | 98       |  | 21       |  | V. PA. SISTÓLICA  |  |
| 100      |  | 0.5         |  | 98       |  | 21       |  | V. PA. DIASTÓLICA |  |
| 100      |  | 0.5         |  | 98       |  | 21       |  | V. PA. MÉDIA      |  |
| 100      |  | 0.5         |  | 98       |  | 21       |  | C-TEMP.           |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pO2   |  | 100      |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| pCO2  |  | 40       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| HCO3- |  | 24       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
| BE    |  | -2       |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |

| GASES |  | OXIGÊNIO |  | PAM |  | PAM |  | PAM |  |
|-------|--|----------|--|-----|--|-----|--|-----|--|
| pH    |  | 7.38     |  | 120 |  | 80  |  | 120 |  |
|       |  |          |  |     |  |     |  |     |  |

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS

[illegible]

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP  
Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco "A", Centro Administrativo  
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil  
Telefone: 86 3216.1523  
www.saude.pi.gov.br

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-19-2010 BY 60322 UCBAW

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| PACIENTE: <u>Edna Louz Souza</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | IDADE: <u>45</u>                           | DATA DE NASC: <u>1 / 1</u>                 |
| DIAGNÓSTICO: <u>Doença da Fibra</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | OPERAÇÃO: <u>Ressecção e anastomose</u>    | INTERVENÇÃO: <u>Ressecção e anastomose</u> |
| DATA: <u>08/08/20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | INTERVENÇÃO: <u>Ressecção e anastomose</u> |                                            |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Ednaldo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | AUXILIARES: <u>Dr. Ednaldo</u>             |                                            |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Ednaldo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                                            |
| PRÉ-MEDICAÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                                            |
| INTERVENÇÃO: INÍCIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | TÉRMINO                                    | DURAÇÃO                                    |
| DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO<br>(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                                            |
| <p>1. <u>Incisão em forma de U na pele</u></p> <p>2. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>3. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>4. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>5. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>6. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>7. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>8. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>9. <u>Exatidão da incisão</u></p> <p>10. <u>Exatidão da incisão</u></p> |  |                                            |                                            |

Dr. Ednaldo  
 CRM-2023 1501878

# LAUDO CIRÚRGICO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
 HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



[illegible]

| INICIO:                                   |  | HORA TÉRMINO:                             |  | HORA DURAÇÃO:                             |  | HORA CIRURGIA:                            |  | CIRURGIÃO:                                |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| PACIENTE: 1012739 ANTONIO LUIS DOS SANTOS |  | PACIENTE: 1012739 ANTONIO LUIS DOS SANTOS |  | PACIENTE: 1012739 ANTONIO LUIS DOS SANTOS |  | PACIENTE: 1012739 ANTONIO LUIS DOS SANTOS |  | PACIENTE: 1012739 ANTONIO LUIS DOS SANTOS |  |
| ENF. ALEITO: 0277/2714                    |  | ENF. ALEITO: 0277/2714                    |  | ENF. ALEITO: 0277/2714                    |  | ENF. ALEITO: 0277/2714                    |  | ENF. ALEITO: 0277/2714                    |  |
| ANESTESISTA: Dr. Jovane                   |  | ANESTESISTA: Dr. Jovane                   |  | ANESTESISTA: Dr. Jovane                   |  | ANESTESISTA: Dr. Jovane                   |  | ANESTESISTA: Dr. Jovane                   |  |
| MEDICAMENTOS DE SALA                      |  | MEDICAMENTOS DE SALA                      |  | MEDICAMENTOS DE SALA                      |  | MEDICAMENTOS DE SALA                      |  | MEDICAMENTOS DE SALA                      |  |



Nº 000073617  
Série 001

**DANFE**  
DOCUMENTO AUTUAL DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

1 - ENTRADA  
0 - SAÍDA

SÉRIE 001  
Nº 000073617 FL. 1 / 1

CHAVE DE ACESSO  
2217 0603 5123 6600 0150 5500 1000 0736 1700 0073 6177

Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
ou no site do Sefaz Autorizadora

Protocolo de Autenticação de Uso

**HOSPITALAR E IMPLANTAR LTDA**  
RUA ARRA LEÃO, 190 - CENTRO - CEP: 64001-100 - TERESINA - PI

TELEFONE: (86) 3232-7750 - FAX: (86) 3232-7786  
www.hospitalar.com.br

HISTÓRICO DE OPERAÇÃO

**VENDA**  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 1944446301  
CNPJ: 03.512.566/0001-90

**HOSPITALAR E IMPLANTAR LTDA**  
RUA RICARDO RODRIGO COMBRA, 1650

ENDEREÇO

**RODOVIÁRIA**  
CNPJ: 06.553.564/0155-93  
CNP: 64216-470

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO: 12/06/2017  
DATA SAÍDA/ENTRADA: 12/06/2017

**PARNAÍBA**  
RUA RICARDO RODRIGO COMBRA, 1650

ENDEREÇO

**RODOVIÁRIA**  
CNPJ: 06.553.564/0155-93  
CNP: 64216-470

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO: 12/06/2017  
DATA SAÍDA/ENTRADA: 12/06/2017

**2 - TERCEIROS**

RECEITA DE OUTROS

PLACA DO VEÍCULO: CNPJ/CPF

UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1 CX

ESPECIE: NÚMERO

MARKA: REO BRUTO

RESOLUÇÃO

**2 - TERCEIROS**

RECEITA DE OUTROS

PLACA DO VEÍCULO: CNPJ/CPF

UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1 CX

ESPECIE: NÚMERO

MARKA: REO BRUTO

RESOLUÇÃO

**2 - TERCEIROS**

RECEITA DE OUTROS

PLACA DO VEÍCULO: CNPJ/CPF

UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1 CX

ESPECIE: NÚMERO

MARKA: REO BRUTO

RESOLUÇÃO

**2 - TERCEIROS**

RECEITA DE OUTROS

PLACA DO VEÍCULO: CNPJ/CPF

UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1 CX

ESPECIE: NÚMERO

MARKA: REO BRUTO

RESOLUÇÃO

**2 - TERCEIROS**

RECEITA DE OUTROS

PLACA DO VEÍCULO: CNPJ/CPF

UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE: 1 CX

ESPECIE: NÚMERO

MARKA: REO BRUTO

RESOLUÇÃO

RUA RODRIGO COLIMBA, 1.650 - RIOVIÇARIA  
FONE: (86) 3323-7188  
CEP. 64216-470 - PARNAIBA/PI

22/01/1977:

FOY, MARTIN, O - ZONA SURAL  
MILITON BRANDAO/PI

RUA RODRIGO COMPA, 1.650 - RODOVÁRIA

de l'oscineur,

Signature

---

.....

[illegible]

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

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

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

Alta da SRPA com pontos, as horas. Anestesiologista: CRM-PI 3423  
CPF: 800.719.643-34

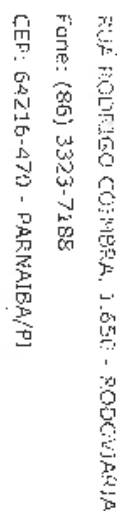
| Índice de Aldrete-Kroulik Modificado                                                                                                                           | Admissão | 15' | 30' | 45' | 60' | Saída |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|-----|-----|-------|
| CONSCIÊNCIA                                                                                                                                                    | 2        | 2   | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Desperta ao chamado = 2<br>Completamente acordado = 2<br>Não responde ao chamado = 0                                                                           |          |     |     |     |     |       |
| ATIVIDADE MOTORA                                                                                                                                               | 2        | 2   | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Move 4 extremidades = 2<br>Move 2 extremidades = 1<br>Não movimenta = 0                                                                                        |          |     |     |     |     |       |
| RESPIRAÇÃO                                                                                                                                                     | 2        | 2   | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Profunda ou tosse livremente = 2<br>Limitada, dispneia = 1<br>Apnéia = 0                                                                                       |          |     |     |     |     |       |
| CIRCULAÇÃO                                                                                                                                                     | 2        | 2   | 2   | 2   | 2   | 2     |
| 20% do nível pré-anestésico = 2<br>40% do nível pré-anestésico = 1<br>50% do nível pré-anestésico = 0                                                          |          |     |     |     |     |       |
| SpO <sub>2</sub>                                                                                                                                               | 2        | 2   | 2   | 2   | 2   | 2     |
| Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente = 2<br>Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> = 1<br>Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> = 0 |          |     |     |     |     |       |
| TOTAL DE PONTOS                                                                                                                                                | 10       | 10  | 10  | 10  | 10  | 10    |
| APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS                                                                                                                                     |          |     |     |     |     |       |

Escala de Aldrete e Kroulik:

| SINAIS VITAIS                     | Admissão                                 | 15'      | 30'      | 45' | 60' | 1h30 | 2h | 2h30 | 3h | Saída |
|-----------------------------------|------------------------------------------|----------|----------|-----|-----|------|----|------|----|-------|
| PA                                | 118 x 68                                 | 128 x 78 | 125 x 73 |     |     |      |    |      |    |       |
| FC / PULSO                        | 60 bpm                                   | 63 bpm   | 62 bpm   |     |     |      |    |      |    |       |
| TEMPERATURA                       | 35.2                                     | 35.2     | 35.2     |     |     |      |    |      |    |       |
| OXIMETRIA                         | 100%                                     | 100%     | 100%     |     |     |      |    |      |    |       |
| FREQ. RESPIRATORIA                | 15 rpm                                   | 16 rpm   | 16 rpm   |     |     |      |    |      |    |       |
| PACIENTE:                         | Antônio Loures dos Santos                |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| DATA:                             | 08/08/17                                 |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| CIRURGIA REALIZADA:               | Rituais de limpeza e colocação de fralda |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| TIPO DE ANESTESIA:                | Raqui-anestesia                          |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS: |                                          |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| HORÁRIOS                          |                                          |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| ALERGIA A:                        | 422                                      |          |          |     |     |      |    |      |    |       |
| HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A.   | 15.05                                    |          |          |     |     |      |    |      |    |       |

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





RUE RODRIGO COMBES, 1.550 - RODOLIANA/A

Phone: (86) 3323-7188

CEP: 64216-470 - PARNAIBA/PI

|                    |                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| DATA de Nascimento | 22/01/1972                                       |
| Endereço           | POV. MARTIM, 8 - ZONA RURAL<br>MILTON BRANDAO/PI |

COPIA

Paciente **ANTONIO LUIS DOS SANTOS**

ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Nº DO ATENDIMENTO

1012739

ID# ADE45

ALL SONS

SES; 14

ENF:027

LEITO: 27.14

| Data | Prescrição Médica                              | Horário de Medicação | Quantidade | Evolução Médica |
|------|------------------------------------------------|----------------------|------------|-----------------|
|      | ① Dito Lupa                                    |                      |            |                 |
|      | ② SP-097 1000 mg 2 EV/24h<br>86 SX 800 mg      |                      |            |                 |
|      | ③ ceftriaxone 1g EV 12/12h                     | 24                   |            |                 |
|      | ④ Dexamet 0,5mg EV 6/6h                        | 24                   |            |                 |
|      | ⑤ Curoclon diário                              |                      |            |                 |
|      | ⑥ CC GC SIVV                                   |                      |            |                 |
|      | Antonio Lisboa da Silva Filho<br>OAB nº 13.111 |                      |            |                 |





| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                           |                |                                              |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESCRIÇÃO:                                                                                                                                  | DATA: 07/06/17 | HORÁRIO                                      | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                                    |
| DIETA LIVRE<br>ACESSO VENOSO<br>DIPIRONA 1AMP IM 6/6H SN,<br>TRAMAL 100 MG + SF 100 ML EV 08-5M 08 H<br>VOLTAREM IM 12 / 12 HS<br>SSV + CCGG |                |                                              | DEISCENCIA DE PELE POS TTO CIRURGICO<br>HEMOGRAMA<br>CIRURGIA PROGRAMADA PRA quinta-feira<br>RETIRADA DE SINTESE + COLOCACAO DE FIXADOR<br>EXTERNO |
| <p><i>[Assinatura]</i><br/> Ortopedista<br/> CRM 2322 - TEOT 8520</p>                                                                        |                |                                              |                                                                                                                                                    |
| <b>HEDA</b>                                                                                                                                  |                | NOME DO PACIENTE:<br>ANTONIO LUIS DOS SANTOS | Nº DO PRONTUÁRIO:<br>CORR                                                                                                                          |
|                                                                                                                                              |                |                                              | Nº FI                                                                                                                                              |





## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIATUL ADUNĂȚII SAU DE

HOSPITAL ESTADUAL DE CECU ARCOVERDE

PARANALISA - PPI



HOSPITAL ESTADUAL DR. CEU. ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO  
MÉDICA

**NOME**

1) Historie

Oliver M

IDADE

LEITO

DATA.

06/04/2017

| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                              | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | QUANT. | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Fluor. articulares</u></p> <p>1) Dose livre que<br/>o ser possa suportar</p> <p>2) 3000, 1000mg</p> <p>3) Colírio 1,0g/ml<br/>4x 2.11.20</p> <p>4) Difenidramina (3.8 neu)<br/>4x 600, 200mg</p> <p>5) Bata 4mg 2x 2<br/>12.11.20</p> <p>6) S. 200mg</p> | <p>1</p> <p>2</p>    |        | <p><u>Costo de</u></p> <p><u>fluor. na</u></p> <p><u>Artic.</u></p> <p><u>Trata 2000mg</u></p> <p><u>4x 200mg</u></p> <p><u>4x 200mg</u></p> |

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210284109400000010684159>

Número do documento: 20081210284109400000010684159

Num. 11276201 - Pág. 58



JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clinica Médica  
Ortopedia  
CRM-PI 862

RECEIÇÃO

Em 03.8.2017, o Sr. Antônio Luis  
dos Santos, RG = 1.308.771 SSP(PI), se-  
gundo informo, sofreu acidente auto-  
mobilístico com fratur. do 1/3 proximal  
da tíbia à esp. exposta. CID-S82.

Fez tratamento cirúrgico orto-  
pédico da lesão, com síntese. Evoluiu  
com infecção local e perda da re-  
dução. Fez nova cirurgia para  
limpeza mecânica com fixação com  
retirada do material de síntese, su-  
to colocado + fixação externa, curado  
por um período de 06 meses.

Exatidão de alto ortopedico, ques-  
tando-se de dor na perna e com es-  
forços de mobilização.

Apresenta deformação na região  
proximal da perna esp. e limitação  
do movimento de flexão do joelho em  
70%.

C. M. M. 03.8.2018

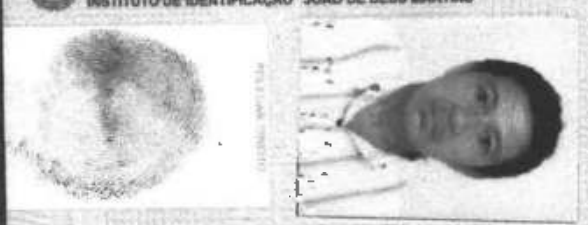
Av. Santo Antonio, 253 José Gregório Ximenes  
Campo Maior - PI Médico CRM - PI 862  
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3262-1713  
8163-0019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



1546218

ANTONIO LUIS DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.308.771 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/07/17

NOME ANTONIO LUIS DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARIA DA SOLEDADE DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CAPITÃO DE CAMPOS-PI DATA DE NASCIMENTO 22/01/1972

DOC. ORDEM MATRICULA: CERT. NASC. 14053301551991100016298001870934

EXP. CAPITÃO DE CAMPOS-PI 29/05/17

1546218

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
FBI - Polícia de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/63

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
510.212.263-00

Nome  
ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Nascimento  
22/01/1972

CÓDIGO DE CONTROLE  
B4C2.AE15.E32C.BA07



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:29:46 do dia 31/01/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**JOSE DE MACHO MONTE**

**DOC. IDENTIFIC. FORA DE USO**  
2784280 SEP 92

**CPF**  
048.056.943-60

**DATA NASCIMENTO**  
12/04/1990

**Função**  
ANTONIO FRANCISCO  
MONTE  
AMA CELIA DE MACHO  
MONTE

**PROFISSÃO**  
CONSTRUTOR

**SEX**  
M

**ESTADO CIVIL**  
CAS

**RG**  
0326048911

**VALIDADE**  
20/04/2020

**PRIMEIRO**  
28/07/2015

**ASSINATURA**  
*João de Macho Monte*

**LOCAL**  
CAMPO ALEGRE

**DATA DE EMISSÃO**  
24/04/2015

**1087240743**

**DETRAN PI (PIAUI)**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
Nº 012428298820  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1. 01018522856 ANTRC 2017

NOME  
ANTONIO JOSE CARNEIRO

CPF/CNPJ 99146290834 PLACA PIC-5057

PLACA ANT/LF CHASSI 9C2KD0550ER114206

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/CL 02F/0149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 0 VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

PÁG. I.P.V.A. PARCELAMENTO/COTAS 00000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 XOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

PBT: 000.29 OBSERVAÇÕES SEM RESTRICOES

LOCAL JATUBA DO PIAUI DATA 29/08/2017

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:28:42

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU "SEGURO DPVAT"

PINº 012428298820 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1203

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 29/08/2017

VIA 1. 99146290834 PLACA PIC-5057

RENAVAM 01018522856 MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CHASSI 9C2KD0550ER114206

PRÊMIO TARIFÁRIO

081,28 009,03 090,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,13 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,70 CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 28/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 08.348.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DPVAT



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312022 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO LUIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATEAU TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** SINISTRADO EVOLUIU COM DOR, DEFORMIDADE CICATRICIAL EM TOPOGRAFIA DE TERÇO PROXIMAL DE PERNA ESQUERDA, ACENTUAÇÃO DO VARISMO DO TERÇO PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA, RESTRIÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO EM SUA MARCHA. DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS. NÃO FEZ O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DESCRITO. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTA DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

### 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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: ANTONIO LUIS DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: LAURADOR

Identidade: 1.308.771

CPF: 510.212.263-00

Endereço: LOCALIDADE MARFIM

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MILTON BRANDÃO DO PIAUÍ CEP: 64253-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: JOSE DE MACEDO MORAES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Profissão: AUTONOMO

Identidade: 2.724.200

CPF: 048.056.943-60

Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT, 852 Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

CEP: 64280-000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro Obrigatório -- DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para Documentos, Declaração de Ausência de laudo do IML, Autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, ANTONIO LUIS DOS SANTOS. Ocorrido acidente de trânsito.

Local: CAMPO MAIOR UF: PI, Data: 09 de MAIO de 2018.

Cartório Único  
Campo Maior-PI

*[Assinatura manuscrita]*

Antonio Luis dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

ORIGINAL

Cartório Único de Campo Maior  
AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - Nº 554, CAMPO MAIOR - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO LUIS DOS SANTOS  
EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 09/05/2018. 12:48

AMANDA ALCANTARA FERREIRA - ESCRIVENTE  
Enrol. 3.7173.074 Selo: 0.25 Total: 4.70

Cartório Único de Campo Maior  
Amanda Alcântara Ferreira  
- Escrevente -

RECONHECIMENTO DE FIRMA  
Nº ABC-30859

RECEBIMENTO DE SEGUROS  
09 JUL 2018

