

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11961558

A/C: JOAO BATISTA AIRES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170601791 ASL-0433240/17

Vitima: JOAO BATISTA AIRES

Data Acidente: 19/08/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA AIRES

Sinistro: 3170601791

Vítima: JOAO BATISTA AIRES

Data do Acidente: 19/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170601791** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA AIRES

Sinistro: 3170601791

Vítima: JOAO BATISTA AIRES

Data do Acidente: 19/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170601791** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Carta nº: 12451922

A/C: JOAO BATISTA AIRES

Nº Sinistro: 3170601791
Vítima: JOAO BATISTA AIRES
Data do Acidente: 19/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA AIRES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002726-X

Conta: 000010034683-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA AIRES
Nº Sinistro: 3170601791
Vitima: JOAO BATISTA AIRES
Data do Acidente: 19/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170601791**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 134.745.533-72	Nome completo da vítima JOÃO BATISTA AIRES
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO BATISTA AIRES		CPF titular da conta 134.745.533-72	Profissão LAVRADOR
Endereço POVOADO BELEM		Número S/N	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SÃO JOÃO DOS PATOS	Estado MARANHÃO	CEP 65.665-000
Email			Telefone (DDD) (86) 99920-8827

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2726	D/V X	CONTA NRO. 34.683	D/V 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

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

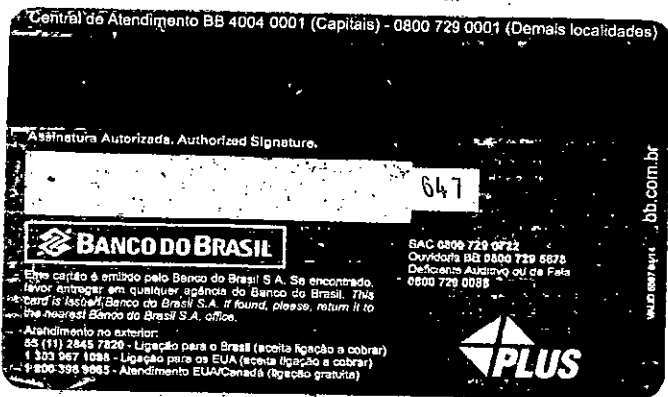
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

SÃO JOÃO DOS PATOS/MA de **00** de **OUTUBRO** de **2017**

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

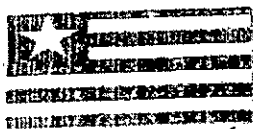


***** Extrato para o periodo de: 01/10/2017 a 31/10/2017 *****

Ag.: 2726-X TIMON - MA Poupanca: 510.034.683-X Abertura: 19/11/2015
- JOAO BATISTA AIRES CPF: 134.745.533-72
MENSAL PESS.FISICA INDIVIDUAL NAO LIGADA NAO REM

DT.LCTO	DT.MVTO	HISTORICO	DOCUMENTO	VALOR
SALDO ANTERIOR				7,83
16/10/2017	13/10/2017	737 JUROS		0,02 C
Saldo Parcial				7,85 C
20/10/2017	19/10/2017	737 JUROS		0,01 C
Saldo				7,86 C
Valor Bloqueado				0,00
Valor Disponible				7,86 C
RESUMO POR DATA BASE	SALDO	COMPENSATORIO	VALOR BLOQUEADO	
15	5,02	0,00	0,00	
19	0,01	0,00	0,00	
20	2,83	0,00	0,00	

SEBASTIAN LIDER DE VILLI 38-001-2817 13:03 362759 1/1



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DOS PATOS
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE BARÃO DE GRAJAÚ

Br 230, Km 03, s/n, bairro Nossa Senhora da Guia, (89) 3523-1290, CEP: 65.660-000

motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, ANO FABRICAÇÃO 2011, MODELO 2011. COR PREDOMINANTE VERMELHA, CATEGORIA PARTICULAR, CHASSI 9C2KD0550BR027757. RENAVAL 337757739, PLACA NXB-9186/MA, EMPLACADA EM NOME DE LUCAS QUEIROZ DOS SANTOS CORREA. Que informa que o que motivou o acidente foi em virtude de o mesmo estar se dirigindo à cidade de Floriano/PI, quando o senhor ROMEU MENDES DA SILVA conduzindo uma motocicleta (HONDA modelo CG 150 TITAN ES 2014/2014, cor preta. RENAVAL 01013834892, CHASSI 9C2KC1650ER510978, placa PIF-2714/PI), invadiu a contramão, efetuando uma ultrapassagem proibida, havendo uma colisão frontal. Que ambos foram socorridos pela guarnição da Polícia Militar deste município e levados para o Hospital Barjonas Lobão, neste município; Que de acordo com o Atestado Médico, do Dr. Francisco Júnior Castelo Branco, CRM/PI nº 4504, sofreu lesão de acordo com o CID-10: 582.7. Que se responsabiliza pelas informações prestadas.



COMUNICANTE

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

- Válido como certidão para fins de Direito - Este documento é gratuito.
O teor do relato deste BO é de inteira responsabilidade do comunicante, caso inverossímil as declarações comunicadas, responderá inicialmente pelos crimes previstos nos artigos 299 e 340 do Código Penal Brasileiro.

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx88) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@nazarenoaraujo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 06/09/2017.

FRANCISCA ROCHA-ESCRIVENTE COMPROVADA

Encl.: 2,32
(F470P419)

TJ: 0,46

Selo: 0,25

Total: 3,03 Selo: ABE.55323



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOÃO BATISTA AIRES, portador da carteira de identidade nº 264527/SSP-PI e inscrito no CPF/MF sob o nº 134.745.533-72, residente e domiciliado na POVOADO BELEM, Cidade SÃO JOÃO DOS PATOS, Estado MARANHÃO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

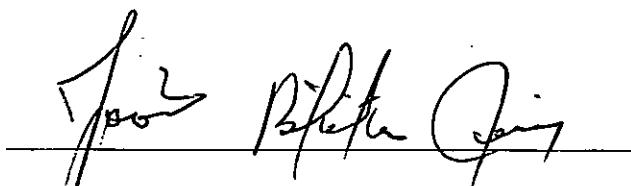
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

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


Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SÃO JOÃO DOS PATOS - MA, 28/09/2017

Local e data



HOSPITAL MUNICIPAL BARJONAS LOBAO
 BR 230 KM 03,
 CENTRO, BARAO DE GRAJAU/MA - 65660-000
 CNPJ: 03091574000100
 (89) 3523-1907 - (89) 3523-1907
DEDICANDO A VIDA PELA SUA SAUDE

ATO

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P069904

Registro: 19741

Data: 20/08/2017

Hora: 00:58:00

Funcionario: KAILON

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

SUS

CPF: 134.745.533-72 - RG: 264527 - SUS: 701402619236931

Civil: CASADO(A) CEP: 65665-0

JOAO BATISTA AIRES

Nasc.: 12/06/1958 Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: POVOADO BELEM, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: **SAO JOAO DOS PATOS/MA**

Cor: PARDA Telefone: (89) 3523-1907

Mãe: FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA

Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

20/08/2017 0:58 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE MOTO

Paciente vítima de acidente motociclístico

Exame clínico/físico:

No exame paciente orientado, agitado devido ingestão de bebida alcoólica, com encoxações e gesturas em MMII E

Diagnostico provavel:

Medicação:

① SG 5% 500ml EV agora

② Imobilizado MMII E

③ Realizada xaxia em antebraço E e 2° 3° e 4° quicodactilo em mão D.

④ Encaminhada ortopedia HTN

Comprovacao de ato declaratorio



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*Atalia Helena A. Silva
Téc. Enfermagem
COREN-MA: 351627
005015*

REGISTRO LIXE 0041 F 30-01-2017 13:03 362761 1/1

*Dra. Ana Clara C. Silva
MÉDICA
CRM-PA 6816*

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES

6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA AIRES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02726-X

CONTA: 000010034683-9

Nr. da Autenticação 80F60E449C339A22



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO BATISTA AIRESRG nº 264527, data de expedição 20/10/15, Órgão SSP-PI,

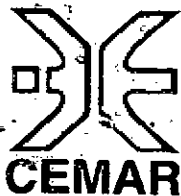
CPF nº 134.745.533-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	POVOADO BELEM
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SÃO JOÃO DOS PATOS
Estado	MARANHÃO
CEP	65.665-000
Telefone de Contato	
E-mail	JVSCTAIRES@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOÃO DOS PATOS-MA, 18/09/2017

Assinatura do Declarante:



Companhia Energética do Maranhão - CEMAR
Atameda 7, Quadra SQS, s/n, Loteamento Quitandinha
Altos do Calhau - CEP: 65071-680 - São Luís/MA
INSC. EST. 120.515.11-3 - CNPJ: 06.272.793/0001-84
www.cemar116.com.br - Cx. Postal 82

Nota Fiscal / Fatura de Energia Elétrica - Série Única Nº
Fat Nº 01-2010664416706-19

001.526.149

PARA ATENDIMENTO INFORME ESTE NÚMERO

COMPETÊNCIA

08/2010

EMIÇÃO

19/08/2010

APRESENTAÇÃO

22/09/2010

VENCIMENTO

29/09/2010

CÓDIGO DA
UNIDADE CONSUMIDORA

36797746

VALOR ATÉ O VENCIMENTO

R\$ 26,61

DADOS DO CLIENTE

JOAO BATISTA AIRES
PV BELEM.

JACAPANDA
93474553372

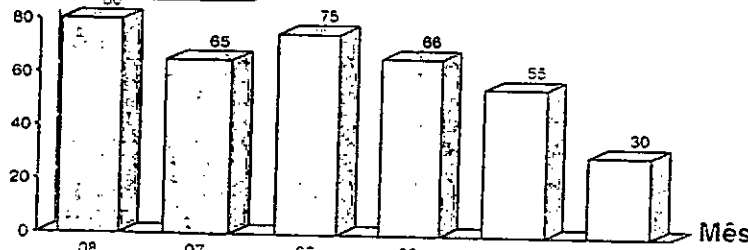
SAO JOAO DOS PATOS

65625 - 000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação: RESIDENCIAL-MONOFASICO
Tipo de Tarifa: BAIXA RENDA

HISTÓRICO DO CONSUMO EM kWh



DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA FATURA

Data	Consumo	Valor	Letra
19/08/2010	55	11,22	0,76
19/09/2010	55	11,22	0,76

Fator de Potência:

DATA PREVISTA PARA: 20/09/2010

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Res. 166/2005 - Abertura Tarifária	
DISTRIBUIÇÃO	8,37
ENC. SETORIAIS	0,71
ENERGIA	5,72
TRANSMISSÃO	1,44
TRIBUTOS	3,98
Soma Demonstrativo	20,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Base de Cálculo (R\$)	Valor (R\$)	ICMS	PIS	COFINS
20,22		2,42	0,28	1,28
	Alíquota (%)	12,00%	1,221304%	5,625401%

RESERVADO AO FISCO

PERÍODO FISCAL: 19/08/2010

BF99.D21D.5CE0.0D58.E35F.FBC7.DD2A.A3B3

REVISÃO DE VENCIMENTO

O valor de R\$ 2,46 refere-se a cobrança da diferença do ICMS da tarifa
baixa renda, conforme legislação vigente.
BENEF. TAR. SOCIAL RES 246/02 R\$ 16,65 E ISENTIVO REC.TAR.EXTRA RES 091/01

ÍNDICE DE CONT. DO FORNEC. DE ENERGIA

Período de Referência da Apuração dos Indicadores

Indicador	Valor
DIC - Duração de Interrupção Individual (horas)	0,00
FIC - Frequência de Interrupção Individual (vezes)	0,00
DMIC - Duração Máxima de Interrupção Contínua (horas)	0,00
CM - (R\$)	12,63

Nome do conjunto/local a que pertence a Unidade Consumidora:
é direito do cliente solicitar a CEMAR os valores apurados do DIC, FIC e DMIC a qualquer tempo.

APURADO CEMAR

07/2010

LÍMITE

MENSAL | TRIMESTRAL | ANUAL

INDICADORES DE CONFORMIDADE DOS NÍVEIS DE TENSÃO

Tensão Nominal:	220
Tensão Contratada:	220
Límite Mínimo Adequado:	201
Límite Máximo Adequado:	231

O consumidor tem o direito de receber uma compensação
quando ocorrer violação dos padrões de continuidade individuais
relativos à unidade consumidora de sua responsabilidade.

Nome	UC	Local/Etapa/Livro	Competência	Vencimento	Valor Cobrado(R\$)
JOAO BATISTA AIRES	36797746	2920 28 010577-11	08/2010	29/09/2010	26,61

DÉBITO AUTOMÁTICO EM C/C



836300000004 266100130001 001010020103 664416706193





TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÉA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (066) 3221-3943 / 3221-6786 - E-mail: cartorio@nazarenoarajoo.com.br

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 942956

JOAO VICTOR DE SA CORREA AIRES

CJ JOAO EMILIO FALCAO, S/N, Q 1 BL 1 AP 101/1

CRISTO REI

64015610 TERESINA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
10456619	11/2017	20/10/2017 a 22/11/2017
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
100	28/11/2017	R\$ 128,32

OBSERVAÇÕES

Comprovante de residencia

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



autenticação mecânica

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
10456619	11/2017	R\$ 128,32

836900000016.283200170001.000000010454.661911170057



FORA LER DEPI: FR 14/12/2017 14:42:00005726

Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lucas Queiroz dos Santos Corrêa,

RG nº 021481282002-9, data de expedição 12/06/12,

Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 024256753-37, com

domicílio na cidade de São João del-Rei, no Estado de

Morantia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua DA LIBERDADE / CEP: 65.665-000, nº 41,

complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima João Dalinto Aires, cujo o condutor era

João Dalinto Aires.

Veículo: motocicleta Honda

Modelo: NXR 150 BROS ES

Ano: 2011

Placa: NXB - 91861/MA

Chassi: 9C2KD0550 BRO 27757

Data do Acidente: 19/08/2019

Local e Data: São João del-Rei MA, 27/09/2017

REC. FIRMA
Gaya-Blumenau

Lucas Queiroz dos Santos Corrêa

Assinatura do Declarante

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

GAYA

ESCRIVANIA DE PAZ DE ITOUPIAVA
COMARCA DE BLUMENAU - ESTADO DE SANTA CATARINA
Rua Dr. Pedro Zimmermann, 5511 - Itoupava Central - Blumenau/SC - CEP 89064-003
Tel: (47) 3376-1141 - carloslogg@ig.com.br - Horário de atendimento 09:00 às 18:00

Lio Ogê Gaya Júnior
Escrivão de Paz

RECONHECIMENTO 690720 --
RECONHEÇO a assinatura por AUTÊNTICA de:
(1) LUCAS QUEIROZ DOS SANTOS CORREIA da verdade.
Blumenau, 02 de outubro de 2017. Lio Ogê

GUILHERME DA SILVA FUCKS - Escrevente
Emolumento: R\$ 3,05 + selo: R\$ 1,85 -- Total: R\$4,90
Selo Digital de Fiscalização - Selo normal EUY94092-FTWP
Confira os dados do ato em selo.tjsc.jus.br

Confira os dados do ato em selo.tjsc.jus.br

Guilherme da Silva Fucks
Escrevente

SENARDO LUIZ PEREIRA LUIZ

30-OUT-2017 13:06 362821 1/1

BOLETIM DE ADMISSÃO

19971 - JOAO BATISTA AIRES

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 12/05/1958 - 59 ANOS 2 MESES, 8 DIAS

Unidade: CLINICA MEDICA Enfermaria: E01- EXTRAS Celar: EX26 Convênio: SUS

Afiliado: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO

Médico: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

CPF: RG: 264537/pj

CM

SIS Prenatal

Endereço: POVOADO BELEM, Nº 0 - CEP: 85665-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2111102- SAO JOAO DOS

Profissão: TRABALHADOR AGRICOLA

Telefone: () -

Nome: IGNORADO

Mãe: FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA

Residência: JOAO BATISTA AIRES - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Documentação médica - hospitalar



Classe de Acompanhante:

Resultado

Adm: / /

Ata: / /

☐ Sim

☐ Não

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Removido

☐ Refusado

☐ Evasão

☐ Indisciplinado

☐ -48 Horas

☐ +48 Horas

☐ Óbito

Transferido

História Clínica

Tm - JN2+

Diagnóstico Provável

Fx & JN2+



TERESINHA, 06/09/2017
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
CNPJ: (0888) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@terezinheiroaui.com.br

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

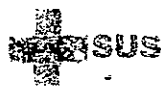
TERESINHA, 06/09/2017

FRANCISCA RUCHA-ESCREVENTE CUIPROMISSADA

Emx: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ARE: 55304 (F470P419)

47/14083004092017/419

55300099 LIDER ORÇAM LT 30-09-2017 13:53 362762 LV



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365148

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365148

4 - CNES

2365148

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOAO BATISTA AIRES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
701402519238931

10 - NOME DA MÃE
FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO
POVOADO BELEM, 3 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SAO JOAO DOS PATOS

3 - DATA DE NASCIMENTO
2/03/1958

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

38971

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO
(55) 9927-0922

11 - TELEFONE DE CONTATO

(55) 9927-0922

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

2411102

15 - UF

MA

16 - CEP

55668-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tm - 7N2E

TERESINA CARTÓRIO 692F
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NORTE
FONE: (0xx86) 3221-3643 / 3221-8788 - E-mail: cartorio@teresina-pi.gov.br



CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA - PI, 04/09/2017

FRANCISCA ROLLA ESCRIVENTE COM FOMISSADA

Empl.: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE 55328
(F470P419)

47/14083006092017/419

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FL 2 TN2E

21 - CID PRINCIPAL

9399

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ostomoma

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

1 - () CNS (x) OFP

937553523-42

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

HOSPITAL TIBERIO NUNES

20/03/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - DATA EMPREGO

37 - DATA EMPREGO

38 - DATA EMPREGO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() PREEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. OF. DO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M22188040

45 - CODUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) OFP

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

01 09/2017

SENHORA LINDA 09-01-17

30-07-2017 13:53 362763 1A

SEER/READ/DRG LIDER OP/RT LF ... 30-OCT-2017 13:03 362764 1/

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

ndimento: E0110763



EXTERNO

Coletado:

Data: 28/08/2017

Paciente: JOAO BATISTA AIRES

Médico(a): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: MASCULINO

Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 8 DIAS

Impresso: 28/08/2017

REATININA

aterial: SORO

étodo: ENZIMATICO

ESULTADO

1,9 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

3SERVAÇÃO GERAL:

REIA

aterial: SORO

étodo: ENZIMATICO

ESULTADO

47 mg/dl

15 A 40

3SERVAÇÃO GERAL:

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx89) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@nazarenoaraujo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEDE COM A ORIGINAL
EXTRIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 06/09/2017

FRANCISCA ROCHA-ESCREVENTE DEPIRUTISSADA

Emol: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE.55315

(F470P419)



47/140R300A092017/419

SEMPRE LÍBER PART LF 30-01-2017 13:03 362765 1/1

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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

07/16083064592017/419

SEBASTIAN LIBER DEPUT LF 30-0UT-2017 13:03 362766 1/1

Selo de Fiscalização Antidrogas

Poder Judiciário
Tribunal do Paraná
Assessoria Jurídica
Município _____

AUTENTICAÇÃO
08E 95317

NOME	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
José Roberto	17	20	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE			
02. JELCO HIDROLISADO			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Em 24/08/2017 Às 10h00 minutos, o enfermeiro realizou a administração de 01 Ampola de Ranitidina 50mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Foi realizada a administração de 01 Ampola de Cefalotina 1g em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Foram administrados 01 Ampola de Dipirona 1g em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Foi realizada a administração de 01 Ampola de Tilatil 20mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	Foi realizada a administração de 01 Ampola de Tramal 100mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
08. CLEXANE 40MG = 01AMP-SC-1X/DIA	Foi realizada a administração de 01 Ampola de Clexane 40mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	Foi realizada a administração de 01 Ampola de Plasil em soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg	Foi realizado o controle da pressão arterial, resultando em 160x110 mmHg, portanto, foi realizada a administração de 01 Comprimido de Captopril 25mg sem soro fisiológico, conforme prescrição médica.		
11. CURATIVO			
12. SSVV + CCGG			
em 24/08/2017 às 10h00 minutos, o enfermeiro realizou a administração de 01 Ampola de Ranitidina 50mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.			
a. Leve a fazer 100g de 12/12 horas			
no 11/07/2018 às 10h00 minutos, o enfermeiro realizou a administração de 01 Ampola de Ranitidina 50mg em soro fisiológico, conforme prescrição médica.			
TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PB Fone: (083) 321-3843 / 321-3788 - E-mail: cartorio@marzaraaraujo.com.br			
Jodão Pereira da Silva COREN-PB 256.347 Enfermeiro			
TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PB Fone: (083) 321-3843 / 321-3788 - E-mail: cartorio@marzaraaraujo.com.br			
CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEM O ORIGINAL DA VERDADE EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. 12/08/2017			

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERIDA, A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS.DOU FE EM TEST. NA VERDADE.

SE61R0004 LIVER OPART LF 30-01-2017 13:03 362768 1/1

Total: 3,03 Selo: AHE. 55318

27/11/2023 17:40



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

14131

Exame: E0110763



EXTERNO

Coletado:

Data: 28/08/2017

Paciente: JOAO BATISTA AIRES

Sexo: MASCULINO

Médico(a): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Idade: 59 ANOS, 2 MESES e DIAS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso: 28/08/2017

MOGRAMA

Material:

Todo:

ITROGRAMA

ITRÓCITOS	4,17 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
MOGLOBINA	12,0 g%	12,0 a 17,5 g%
MATÓCRITO	35,6 %	40 a 52 %
CM	85,37 u ³	80 a 100 U ³
CM	28,78 pg	26 a 34 pg
HCM	33,71 %	31 a 36 %

SERVAÇÕES

UCOGRAMA

UCÓCITOS	8.100 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
ELÓCITOS	0 %	0
TAMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
STONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
GMENTADOS	75 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
SÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SINÓFILOS	5 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
VFÓCITOS	18 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ONÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
VFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	0
ONTAGEM GERAL	100,00	100%
QUETAS	220.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

BSERVAÇÕES

TRÓCITOS

BSERVAÇÃO GERAL:

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÊA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (89) 3221-3643 / 3221-6786 - E-mail: cartorio@nazarenoaraujo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

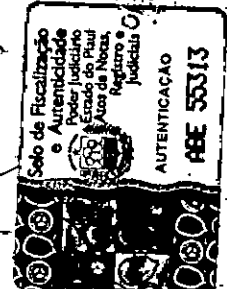
TERESINA-PI 06/09/2017

FRANCISCA ROCHA-ESCREVENTE COMPROVISSADA

Embr.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.55313
(F470P419)

47/14083004097017/419

Cartório Nazareno
Teresina-PI



374-HIDELBRANDO SILVA-SOARES

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

SEB-0089 LITER OPART LF 30-07-2017 13:03 362769 1/1

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
NOME <u>Joseo Rafael</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>31/05/77</u>			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE	Paciente aguardando		
02. JELCO HIDROLISADO	cirurgia. Com Dor		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	As 20:00 Segue com dor		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Fidalgado, com dor		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Cada 4h - 100x60mm - Ferida 20x40x3 S8		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Fenico 18x10x10mm		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (SIN)	CORREN 1155.020		
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SG-1X/DIA (Simples)	SIN 18:00:30		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)	SIN 18:00:30		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg	SIN 18:00:30		
11. CURATIVO	SIN 18:00:30		
12. SSV + CCGG	SIN 18:00:30		
13. Curativo e Dor 14. Diabulm e Dor 15. Dor			

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 23/08/17				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				23/08/17 17:45 9:50'
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				paciente segue Higie-
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				niçada, com medicação
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				em, feito curativo em
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				Furto Operatório em
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //				de febre, Alergia (Furto de Sinais)
08-GLEXANE-40MG=01AMP-SC-1X/DIA (com fôlego)				908888 187.201
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //				20:50 segue para Repór-
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				relatório
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
13. 600mg de KCl + 100ml de SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //				
14. 600mg de SFO 9% IV 12/12 HORAS				
15. 1100mg de SFO 9% IV 12/12 HORAS				



TERESINA CARTÓRIO DE OFÍCIO
 TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS BRUNO
 RUA 2 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE/CEP: 64.011-100
 FONE: (085) 321-3343 / 321-4781 - E-mail: carter@carterpi.com.br

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEDE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 26/09/2017.

ANALISTA ROCHA-ESCREVENTE DE PROFISSÃO

End.: 2,32 11:0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE 55319

(F-470419)

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Nome: Yaac Batista Aires Registro: 38971

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
20.08.2017						
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Função Respiratória

Eletrocardiograma

Assina

Bronquite

Sistema Urinário

Corticóides

Ataráxicos

Outros	
--------	--

Risco

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos		Oxigênio																TOTAL DE DOSES
1		500																
2		400																
3		300																
		200																
LÍQUIDO		Sangue 300																
		Outros 100																
Temperatura T°	C	260																
		240																
P. Arterial		220																
V	38	180																
Λ		160																
Pulso		140																
Início e Fim Anestesia	36	120																
TE X	34	100																
Início e Fim Operação		80																
	32	60																
		40																
Respiração	30	20																
		10																
																		1
																		2
																		3
																		4
																		5
																		6
																		7
																		8
																		9
																		10
																		11
																		12
																		13
																		14
																		15

DURAÇÃO

Técnica: Processo 176 6-6 uma Te (horas) 10000 - 10000

Incidentes - Accidentes

Operação:

Cirurgiões:

Anesthesiologist

Corticóides pós-oper. Imediata

1051579 - JOAO BATISTA AIRES

Data: 20/08/2017

Diag. Cirúrgico:

FX & TNZE

Cirurgia:

Ostrumint

Descrição da Cirurgia:

Paciente em DMH 558 An

Amputação

Amputação

Amputação

Amputação

Amputação

Amputação

Amputação

Cirurgião:

[Assinatura]

1º Auxiliar:

[Assinatura]

2º Auxiliar:

Anestesista:

Dr. Oehlman

Anestesia:

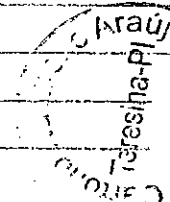
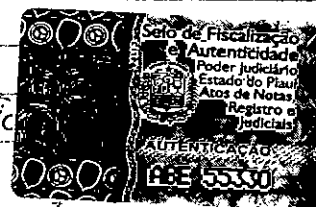
☒ ARAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:



TERESINA CARTÓRIO 89 OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (089) 321-3043 / 321-6784 - E-mail: cartorio@trazendopelo.com.br

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DO FE EM TEST. 06/08/2017
TERESINA-PI, 06/08/2017
FRANCISCA RODRIGUES DE ARAÚJO
Escr.: 2,32
(F470P419)

Total: 3,03 Selo: ARE. 553,30

47/140RXXX/092017/419

Evolução Clínica

Atendimento
051579

Paciente
JOAO BATISTA AIRES

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas anotações, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

S/ aut

P

30-OUT-2017 13:05 362775 1/1

SEHARR 300 LIDER DPVAT UF

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÉA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx86) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@notazarenoaraújo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEVE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 06/09/2017

FRANCISCA RUIZA ESCRIVENTE COM RUISSADA

Emol.: 2,32
(F47/0P419)

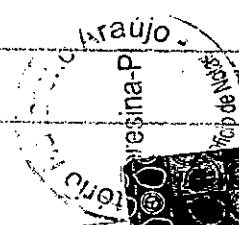
TJ: 0,46

Selo: 0,25

Total: 3,03

Selo: ABC: 55329

47/16083006092017/419



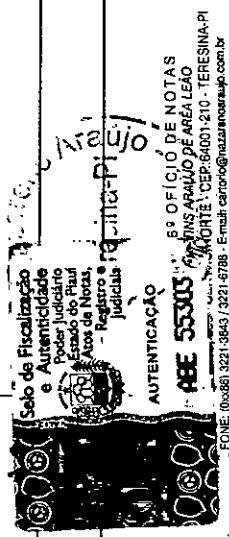
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 01/09/17				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO (840,97 - 400ml de leite)				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (S/N)				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
TERESINA CARTÓRIO 89 OFÍCIO DE NOTARIADO TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 FONE: (0800) 321-3943 / 321-4786 - E-mail: cartorio@teresina.pi.gov.br CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEÚDO COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE. TERESINA, 01/09/2017 FRANCISCA RODRIGUES DE ARAÚJO Exat.: 2,32 13:00,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE-55320 (F470419) 47/14080004/92017/419				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO MEDICAÇÃO OBSERVAÇÕES				

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

Apoio do Dr. Marcelo

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 27/08/17				
01. DIETA LIVRE	AS 16:00 Verificado P.A = 120x70			
02. JELCO HIDROLISADO	mmHg. Segue consciente, orientado, com boa comunicação, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP-SC 1X/DIA (S/N)	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
11. CURATIVO	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
12. SSVV + CCGG	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
13. Gentamicina 80mg - 01 amp (ve) 12/12h	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			
14. Metilaz 15mg - 01 amp (ve) 1x/dia	Ficou mais calmo, comunicativo, sem náuseas, vômitos, diarreia.			



CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEVESEM A ORIGINAL EXATIDÃO NESTAS NOTAS, DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA - 09/09/2017

ANALISTA RODRIGUES FERREIRA - CUFFRUTISSADA

Enq. 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE-55303

(F470F419)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLINICA MÉDICA

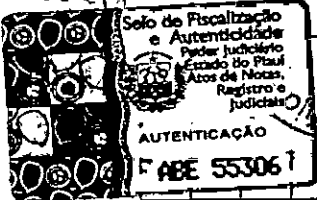
CERTIFICADO DE A PRESENTE FUNDOPRIA CONFERE COM A ORIGINAL DA VEDADE DA EXIBIDA NESAS NOTAS DOU FE EM TEST.

RECEBIMOS EM 06/09/2017

Nº 184 RUA ESTEVÃO DIFFRANSSA

EML: 2.32 JU: 0.46 Selo: 0.25 Total: 3.03 Selo: ARE. 55300

(F47DP419) -



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

FLORIANO-PI

NOME <u>Carla B. Alves</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>22/05/12</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				Em 22.08.12, realizado curativo em
02. JELCO HIDROLISADO				na 16, com quedores externos, com
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06:00		medida de medidas de prevenção de
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	08:00		medida de prevenção de
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12	18:00		medida de prevenção de
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12	24:00		medida de prevenção de
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				medida de prevenção de
08. GLEEXANE 40MG - 01 AMP - SG-1X/DIA				medida de prevenção de
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				medida de prevenção de
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110/mmHg				medida de prevenção de
11. CURATIVO				medida de prevenção de
12. SSV + CCGG				medida de prevenção de



FLORIANO-P

Seto de Fiscalização
de Autenticidade
 Para: **Posto 100**
 Estrada do Paul
 Alto da Moura
 (Rodovia 1)
 Jundiaí

AUTENTICAÇÃO
QUE 55310

CERTIFICADO DE A PRESENTE FUNDICIA CONCORDA COM A ORIGINAL EXISTIA, NESTAS NOTAS, DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
 1985/09/26 06:09 2043
 FRANCISCA ROLIA ESQUEVENTE DUFFORTISSADA
 BROLL:2.32 13:0.46 Selto:0.25 Total:3.03 Selto:ARE.55310
 (F47F419)

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: João Batista Aires

Registro: _____

Enf.: _____

Leito: _____

Apto.: _____

Data <u>31.08.17</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina

Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Atarácicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

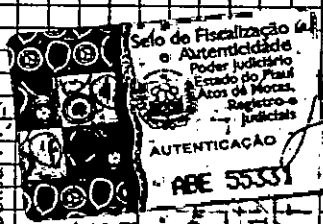
Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio																TOTAL DE DOSES
	1																
	2																
	3																
Exame de LÍQUIDO	Soluto	500	400	300	200	100											
	Sangue																
	Outros																
Temperatura	C	260	240	220	180	160	150	140	120	100	80	60	40	20	10		
P. Arterial																	
S. V. A	38																
Pulso																	
Início e Fim Anestesia	36																
X	34																
Início e Fim Operação																	
	32																
Respiração	30																
SÍMBOLO																	



CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. (TERESINA-PI, 06/09/2017) FRANCISCA ROCHA ESTRELA DE OLIVEIRA ENEL: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE: 553351 (F470P419) 07/11/2017 08:00:00 06/09/2017/419

SEQUÊNCIA

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15

DURAÇÃO

Técnica:

Operação:

Cirurgiões:

Anestesistas:

Incidentes - Acidentes

Corticóides pós-oper. Imediata

Evolução Clínica

Atendimento 1051579	Paciente JOAO BATISTA AIRES
------------------------	--------------------------------

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas áreas. Instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

5/ out

[Handwritten signature]

TERESINA CARTÓRIO 89 OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA ANÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÊA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx88) 3221-3843 / 3221-0788 - E-mail: cartorio@marzrenosraujo.com.br

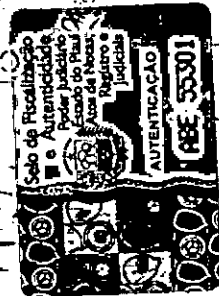
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI 06/09/2017

FRANCISCA ROCHA-ESCREVENTE COMPROVASSADA

Embr: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ARE: 55301
(F470P419)

07/14083004092017/419



SERPRO0098 LIDER MARI LT 30-01-2017 13:04 362786 1/1

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>João Batista Alves</u>		Registro: _____				
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____		
Data <u>31.08.17</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo			Sistema Urinário			
Estado Mental			Corticóides		Atarácicos	Outros
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco		
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:	
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					
Temperatura T°	C 260 240					
P. Arterial V Λ Pulso	38 220 180 36 160 150					
Início e Fim Anestesia X	34 140 120					
Início e Fim Operação C	32 100 80 60		SEQUÊNCIA			
Respiração O	30 40 20 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			
SÍMBOLO						DURAÇÃO
Técnica:				Incidentes - Acidentes		
Operação:						
Cirurgias:						
Anestesistas:				Corticóides pós-oper. Imediata		



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

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

BOLETIM CIRURGICO

1051579 - JOAO BATISTA AIRES

Data: 20/08/2017

Diag. Cirúrgico:

FX d TNZE

Cirurgia:

Osteomielite

Descrição da Cirurgia:

Paciente em DMH 558 An

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Amega 1 mte -

Cirurgião:

[Assinatura]

1º Auxiliar:

[Assinatura]

2º Auxiliar:

Anestesista:

Dr. Othmar

Anestesia:

☒ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:

SEMPRE ASSINAR EM PRET L.F. 18-08-2017 13:05 362789 1/1

Evolução Clínica

Atendimento
1051579

Paciente
JOAO BATISTA AIRES

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

S/ aut

Assinatura

SEMPRE LIGER IMPLT LF

09-01-2017 13:05 162790 1/1



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64600-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1051579 - JOÃO BATISTA AIRES

Data: 20/08/2017

Diag. Cirúrgico: Fratura - luxação d TNZE

Cirurgia: Reducao manual + Fixacao Transcrotal Externa

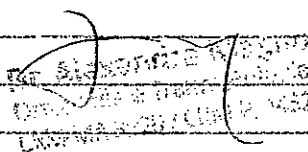
Descrição da Cirurgia: Reducao manual + DDH 80° An

Ampl. An

Ap d up

Reducao manual + Fixacao Externa
Transcrotal

Cont



Cirurgião: _____

1º Auxiliar: D. J. J.

2º Auxiliar: _____

Anestesista: D. T. T.

Anestesia:

☒ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

SEMPRE ASSINAR EM TODAS AS FOLHAS

20-08-2017 15:05 3522-1489

Two Case Reports

[illegible]

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Ygor Batista Aires</u>						Registro: <u>38971</u>					
Enf.: <u>-</u>		Leito: <u>-</u>		Apto.: <u>-</u>							
Data <u>20.08.2017</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura					
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia					
Exame de Urina											
Função Respiratória											
Sistema Circulatório					Eletrocardiograma						
Sistema Respiratório					Assina		Bronquite				
Sistema Digestivo				Sistema Urinário							
Estado Mental				Corticóides		Atarácicos					
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco							
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:					
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3						TOTAL DE DOSES				
LÍQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100						TOTAL DE DOSES				
Temperatura T°	C 260 240						SEQUÊNCIA				
P. Arterial V A Pulso	38 180 36 160 34 140 32 120 30 100 80 60 40 20 10						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15				
Início e Fim Anestesia X											
Início e Fim Operação											
Respiração											
SÍMBOLO											
							DURAÇÃO				
Técnica: <u>2.76 6-6 nível T6 (tórax - abdominal - perineal)</u>							Incidentes - Acidentes				
Operação:											
Cirurgiões: <u>Dr. Alexandre</u>											
Anestesistas: <u>Enbiano Louisa Santos</u> <u>Medico Anestesiata</u> <u>CRM-PI 3812</u>						Corticóides pós-oper. Imediata					

20-08-2017 13:05 362793 1/1



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

Atendimento: E0110763



EXTERNO

Coletado:

Data: 28/08/2017

Paciente: JÓAO BATISTA AIRES

Médico(a): FÉLPE NUNES DE ALMEIDA

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: MASCULINO

Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 8 DIAS

Impresso: 28/08/2017

TEMPO DE COAGULACAO (TC)

Material:

Método: LEE-WHITE

RESULTADO: 6:40

OBSERVAÇÃO GERAL:

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)

Material:

Método: IVY E MIELKE OU DUKE

RESULTADO: 2:30

OBSERVAÇÃO GERAL:

SERVIÇO DE LABORATÓRIO - 28-08-2017 13:05 362794/1/1

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

João Batista Aures

CLÍNICA:

Ortopedia

ENFERMARIA:

17

LEITE:

31

PRONTUÁRIO:

38.971

DATA: 22/08/17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzenilda Rodrigues Santos Enfermeira CON-EN-PI: 414.290
X	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0307010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	OUTROS	NOME DO PROCEDIMENTO:	

DATA: 23/08/2017

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Adelmar Ferreira de Sousa Enfermeiro CON-EN-PI: 187.201
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
X	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0307010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	OUTROS	NOME DO PROCEDIMENTO:	

DATA: 25.08.17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzenilda Rodrigues Santos Enfermeira CON-EN-PI: 414.290
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
X	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0307010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	OUTROS	NOME DO PROCEDIMENTO:	

33411
JOAO BATISTA AIRIS
M

E

08.2017
9:50
65.8%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
LUCIANO

33411
JOAO BATISTA AIRIS
M

E

31 08 2017
19:50
58.3%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
LUCIANO

**HOSPITAL MUNICIPAL BARJONAS LOBAO**BR 230 KM 03,
CENTRO, BARAO DE GRAJAU/MA - 65660-000
CNPJ: 03091574000100

(89) 3523-1907 - (89) 3523-1907

DEDICANDO A VIDA PELA SUA SAUDE

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P069904

Registro: 19741

Data: 20/08/2017

Hora: 00:58:00

Funcionario: KAILON

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

SUS

JOAO BATISTA AIRES

CPF: 134.745.533-72 - RG: 264527 - SUS: 701402619236931

Nasc.: 12/06/1958 Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

Civil: CASADO(A) CEP: 65665-0

End.: POVOADO BELEM, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SAO JOAO DOS PATOS/MA

Cor: PARDA * Telefone: (89) 3523-1907

Mãe: FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA

Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

20/08/2017 0:58 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE MOTO

Paciente vítima de acidente motociclístico

Exame clínico/físico:

AO exame paciente orientado, agitado devido ingestão de bebida alcoólica, com escoriações e fraturas em MMII E

Diagnostico provavel:

Medicação:

*① DSG 5%. 300ml EV agora**② Imobilizado MMII E**③ Realizada rejeia em antebraço E e 2° 3° e 4° quíquedactilo em mão D.**④ Encaminhada ortopedia HTN*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*Atalaia Mariana A. Silva
Téc. Enfermagem
CRM-MA 511627
20-08-2017**Dra. Ana Clara C. Silva
MÉDICA
CRM-PA 6816*

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES

6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA

32837

JOAO BATISTA AIRES

M

E

19.08.2017

48

2%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ALERINA

32837

JOAO BATISTA AIRES

M

E

20.08.2017

01:59

48.0%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ALERINA

32864
JOAO BATISTA CAIRES
M

III

20.08.2017
20.17
47.3%

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
RÔMULO

32864
JOAO BATISTA CAIRES
M

20.08.2017
20.18
47.3%

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
RÔMULO

20-08-2017 13:05 362798 1/1

convexa

Boas Batista Lima

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
POR BARKS Hines				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA 06/08/17	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETALIVRE S/Sef //		A 9h00h. pt liberado pelo aus.		
02. JELCO HIDROLISADO //		Tornou para obter de destino, At		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		PA: 148 x 88 mmHg / 94 Ausc. 91 bpm		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		20:30h. PDI e exame oftalmológico		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		márciaquela. Evolu com está		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		pneumonia, cateterizada. Admitido		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //		vete mto. Exce Nivalde		
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC TXIDIA / Sussum //		COREN/PB: 445305		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg		Gem 90/08/17 ad 21:48 h		
11. CURATIVO		Venilicada 7A - 260x90'		
12. SSV + CCGG		Muito. Ecó. Ausc.		
Maintenance Ser V-27012124				
ACTZ 28mg (v)				

Promotor N. da Silva
Téc. Enf. em Gen.
COREN-PB: 204.538

FLORIANO-P

NOME	Jão Batista Pereira		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA	21/08/17		
01. DIETA LIVRE	ALA	ENF. OU APT.	LEITO
02. JEICO HIDROLISADO		17	31
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	HORÁRIO MEDICAÇÃO		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	OBSERVAÇÕES		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	Em 21.08.17, realizado avaliação		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) /	em ME, com sinais vitais estáveis		
08. GLEKANE 40MG - 04 AMP SC 1x/DIA,	Lactente com sinais vitais estáveis		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) /	em 21.08.17, realizado avaliação		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	em 21.08.17, realizado avaliação		
11. CURATIVO	em 21.08.17, realizado avaliação		
12. SSV + CCGG	em 21.08.17, realizado avaliação		
12. Gentamicina 80mg em 8/8h - 16/8h	em 21.08.17, realizado avaliação		
16. Losartana 50mg em 12/12h - 10/12h	em 21.08.17, realizado avaliação		
16. Ketorolac 30mg em 8/8h - 06/8h	em 21.08.17, realizado avaliação		
Dr. Carlos Augusto P. Filho Ortopedia - Traumatologia CRM: 2512 TEOT: 7849			

FLORIANO-PI

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PG: 4315 / TEOD: 74773

FLORIANO-PI

24/01/17. After lunch

FLORIANO-PI

NOME	Paulo Roberto			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA	24/05/17			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO				OBSERVAÇÕES			
01. DIETA LIVRE				Em 24/05/2017 - Abstinência alimentar, paciente em jejum.			
02. JELCO HIDROLISADO				em 24/05/2017, segue alimentação, com dieta líquida.			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				Hidratação adequada, sem vômitos, diurese adequada.			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				Sem febre, sem sinais de infecção, sem dor local.			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				Sem dor, sem náuseas, sem vômitos, sem diarreia.			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				Sem alteração de consciência, sem alterações de nível de consciência.			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				Sem dor, sem náuseas, sem vômitos, sem diarreia.			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC - 1X/DIA				Sem hematomas, sem sangramentos, sem alterações de coagulação.			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				Sem náuseas, sem vômitos, sem diarreia.			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				PA = 87/60 mmHg, FC = 72 bpm, FR = 20 lpm, SpO2 = 96%.			
11. CURATIVO				Sem feridas, sem lesões, sem alterações de pele.			
12. SSV + CCGG				Sem alterações de estado mental, sem alterações de comportamento.			
Assinado por: <i>[Assinatura]</i> Enfermeiro: <i>[Assinatura]</i> João Pereira da Silva COREN-PI 256.342							

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

NOME	João Batista			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
DATA	25/08/17			HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE						Os 10h, realizado curativo em	
02. JELCO HIDROLISADO						MIE + fixadores externos: FD	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						com presença de pletorina.	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						Utilizado SFO 9 + observada.	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						As 21h, pelo	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						curativo, com uso de	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //						ver adição, realizada.	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						PA-120x8cm 16 Téc. em Enfermagem COREN-175.203-X	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //							
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg							
11. CURATIVO							
12. SSVV + CCGG							
13 - Bandagem Tor & SCL							
14 - Bandagem Tor 18 ml							
15 - 14 fe 2500 pelo							

FLORIANO-P

NOME	José Roberto de Jesus	ALIA		ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PREScrição Médica		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
DATA	26/08/74	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES			
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 400MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVV + CCGG						
13. Leve dor no braço direito						
14. HCTZ 25mg co/ciclostac						
Dr. Carlos Roberto de Jesus CRM: 25712						

NOME <u>João Batista Lima</u>	ALA <u>A</u>	ENF. OU APT. <u>1ª</u>	LEITO <u>32</u>	ORTOPEDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>27 / 08 / 17</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE Hiposódica			As 16:00 Verificado P.A = 120x70	
02. JELCO HIDROLISADO			com Hg. Segue consciente, orientado calma, comunicativo, coopera	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18 Verificado	06 Verificado	Família presente nos sintomas	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18 Verificado	06 Verificado	Família presente nos sintomas	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18 Verificado	06 Verificado	Família presente nos sintomas	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (sw)			em (MTE) Família presente nos sintomas	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			em (MTE) Família presente nos sintomas	
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP - SG-1XBDA (S/N)			com unhas curadas, meiga	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			quase sem dor, está bem	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			cabo PA = 130x80 mmHg	
11. CURATIVO			Téc em Enfermagem	
12. SSV + CCGG			COREN-175.203	
13. Levotiracetam 500mg - 01 comp (ve) 32/12h 10				
14. METZ 25mg - 01 comp (ve) 1x/6h 06				
Dr. Francisco de Assis Lima Coordenador de Enfermagem Dr. Francisco de Assis Lima Coordenador de Enfermagem				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

FLORIANO-PI

NOME <u>Isaías Tibério Nunes</u>	ALA		ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
DATA <u>28/08/17</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE <u>livre</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
02. JELCO HIDROLISADO					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/12H <u>medicação</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
11. CURATIVO					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
12. SSV + CCGG					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
<u>hematoma 5x3x2 cm</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
<u>PA 120x80 mmHg</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
<u>Dr. Felipe Nunes de Almeida</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.
<u>Juliana S. Carvalho</u>					em 28/08/17, dia 28, segue dieta livre.

Dr. Felipe Nunes de Almeida
CRM-PI 4315 / 1201, 14175
ORTOPEDIA - TRATAMENTO ORTOPEDIA

Juliana S. Carvalho
Biólogo em Enfermagem
COREN-175.203-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

CLINICA MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

endimento: E0110763



EXTERNO

Coletado:

Data: 28/08/2017

Paciente: JOAO BATISTA AIRES

Médico(a): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Convênio: SUS -

Leito: Enfermaria:

Sexo: MASCULINO

Idade: 59 ANOS, 2 MESES E 8 DIAS

Impresso: 28/08/2017

CREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 1,9 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 47 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES 28-08-2017 13:05 362810 1/1

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

17131

Indicador: E0110763



EXTERNO

Coletado:

Data: 28/08/2017

Paciente: JOAO BATISTA AIRES

Sexo: MASCULINO

Médico(a): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 8 DIAS

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Impresso: 28/08/2017

EMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS 4,17 milhões/mm³
 HEMOGLOBINA 12,0 g%
 HEMATÓCRITO 35,6 %
 VCM 85,37 u³
 HCM 28,78 pg
 CHCM 33,71 %

4,5 a 5,9 milhões/mm³
 12,0 a 17,5 g%
 40 a 52 %
 80 a 100 U³
 26 a 34 pg
 31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

EUCOGRAMA

EUCÓCITOS 8.100 mm³
 NEUTRÓFILOS 0 %
 LINFÓCITOS 0 %
 MONÓCITOS 0 %
 EÓSOFILOS 0 %
 BASÓFILOS 0 %
 PLASMÓCITOS 5 %
 LINFÓCITOS ATÍPICOS 18 %
 MONÓCITOS 2 %
 LINFÓCITOS ATÍPICOS 0 %
 CONTAGEM GERAL 100,00

4.500 a 11.000 /mm³
 0 a 1 % Até 100 /mm³
 0 a 4 % Até 400 /mm³
 36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³
 0 a 1 % Até 100 /mm³
 0 a 4 % 100 a 400 /mm³
 20 a 40 % 900 a 4400 /mm³
 2 a 8 % 200 a 800 /mm³
 100%

PLAQUETAS 220.000 /mm³

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL:

374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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

SEMPRE LIGAR O PAPER DE - 30-01-2017 13:08 362811-14

33-001-2817 13:06 362812.14

Hospital Regional “Tibério Nunes”
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

P/ ~~John~~ Baptiste Givis

R₂O

VJO Bill

1) Cefprozime 500 mg

28 Nov

Tower of compressed Goldie per 07 dis

2) ALFLEX 2002

0/ course

Tipus Ol. comprimido Exobis

3) novalgine 1g

0/ none

Tombs 01 comprimido Explode SE 20K

- CURA TWO ONÁREO
- MAS PIFAR
- CIRCUNST: DR. ALEXANDRE MMONO

Floriano, 02 109 117

Dr. FRANCISCO J. ...
Unopoda/Team ...
CRM-PI 4504 / 100 ...

TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ÁREA LEÃO
RUA 7, DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 84001-210 - TERESINA-P
FONE: (0xx61) 3221-3643 / 3221-0788 - E-mail: cartorio8@nazarinoaraujo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

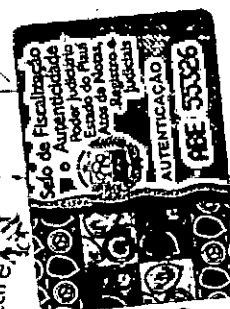
VERIFICA-PIA 06/09/2013

PRANCISCA RUCHA-ESCREVENTE SENTENCIADA

Fórmula: $\frac{IJ}{Selo} = \frac{Total}{Selo}$

-(F470P419)

07/14/2017/09/2017/019



Cartório Mazzarelli
Teresopolis - RJ
Ofício 6º



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

ATESTADO MÉDICO

Atesto que paciente JOAO BATISTA AIRES apresenta patologia classificada pelo CID-10: S826/ S825, caracterizando fratura-luxação de tornozelo esquerdo, evolui com limitação funcional, necessita afastamento do trabalho que demande médios e grandes esforços por tempo indeterminado.

26/09/2017

Dr. Glaucson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TECT 10604

Clínica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

5200000001 LINEAR PRINT LF

30-OUT-2017 13:06 362815 1/1



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

LAUDO MÉDICO

Atesto que paciente JOAO BATISTA AIRES apresenta patologia classificada pelo CID-10: S826/ S825, devido a acidente de trânsito, tendo sido operado com placa e pinos intraósseos, evolui com sequela de caráter definitivo e irreversível, apresenta limitação funcional em membro inferior esquerdo de 70%.

26/09/2017

Dr. Cláudio Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10804

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopédia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

SEMPRE LINDO POR LÍ

30-AUT-2017 13:06 362816 1/1



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

NOME: JOAO BATISTA AIRES

1. FLANCOX 400..... 1 CX

TOMAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12/12 H

THE, 25/09/17

[Assinatura]
Dr. Claúdio Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-41 2775 / TEOT 10604

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

SEPARADORA LUBER 09/01 LF 20-01-2017 13:06 362817 1/1



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

NOME: JOAO BATISTA AIRES

1. BETATRINTA 1 CX

APLICAR 01 AMPOLA IM EM GLÚTEO

THE, 26/09/17

Dr. Glouson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10504

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

SEMPRE NOSSA LINHA ORIENTE
30-09-2017 13:06 362818 1/1



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde.

NOME: JOAO BATISTA AIRES

SOLICITO:

FISIOTERAPIA 20 SESSÕES

JUSTIFICATIVA:

Reabilitação de fratura de tornozelo

necessita ganho de ADM

CID-10: S826/ S825

THE, 26/09/17

Dr. Glaucio Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10504

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330
Fone/Fax: (86) 3221-6174 / 3131-6666 • www.neoclinica.net.br

SEMPRE LIDER EM QUALIDADE
30-09-2017 13:06 362819 1/1

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Receituário

Atestado médico

Atento para as devidas fins para o Sr.
João Batista Vires necessitante de
120 (cento e vinte) dias de afastamento
do trabalho por motivo de
doença.

CEP- 40.582.7

Floriano, 01/09/17

Dr. Francisco de Assis Castelo Branco
Ortopedista Traumatologista
CRM-Pi 4024 / TEOD-14198

Nazareno Araújo -
Teresina-Pi
06/09/2017

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÉA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx89) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@nazarenoaraujo.com.br

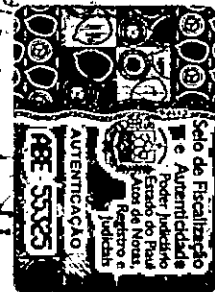
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 06/09/2017

FRANCISCA ROCHA-ESCREVENTE CUIPROMISSADA

Emol.: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE-55325
(F470P419)

47/14083004/97017/419



Selos de Fiscalização
 e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Rio de Janeiro
 Juízo de 1ª Instância
 1ª Vara de Família,
 Registro e
 Judiciais

AUTENTICAÇÃO
 ABE 55324



TERESINA, CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS.
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO.
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NOITE - CEP: 84001-210 - TERESINA-PI
FOFONE (066) 3221-9343 / 3221-4788 - E-mail: cartorio8@teresina.teresina.ter.br

IDENTIFICAO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEM COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

VERBINA Nº 06/073917

PUBLICADA POR EVENTO DE PROFISSIONALISMO

Selo: R\$ 2,32 Total: R\$ 5,5324

(F47UF419)

Foto: 321-3243 / 3221-6788 - E-mail: catavento@ig.com.br

04001-210 - TERESINAPR

47/16083006092017/419

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3170601791

Nome do(a) Examinado(a): JOAO BATISTA AIRES

Endereço do(a) Examinado(a): POVOADO BELEM, S/N - S/N - São João dos Patos/MA - CEP 65665-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 264527 - SSP-PI - 20/10/2015

Data e Local do Acidente : 19/08/2017

Data e Local do Exame : 20/02/2018 RUA SÃO PEDRO, 2265 - TERESINA/PI - CEP 64001-260

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA

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

OSTEOSSINTESE INICIALMENTE COM IMOBILIZADOR EXTERNO E PLACA E PARAFUSO POSTERIOR

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

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 susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

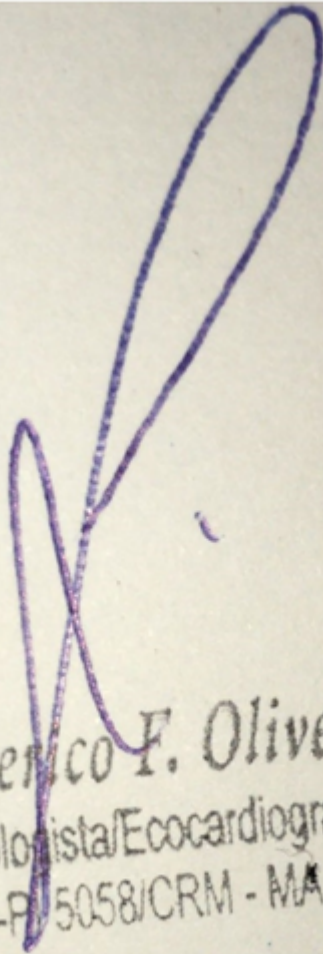
Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



Frederico F. Oliveira
Cardiologista/Ecocardiografista
CRM - RJ 5058 / CRM - MA 7294

FREDERICO FONSECA DE OLIVEIRA CRM : 7294 /
UF :MA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433240/17
Vítima: JOAO BATISTA AIRES
CPF: 134.745.533-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/08/2017
Titular do CPF: JOAO BATISTA AIRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JOAO BATISTA AIRES : 134.745.533-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2017
Nome: JOAO BATISTA AIRES
CPF/CNPJ: 134.745.533-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

JOAO BATISTA AIRES

ANDREZA ALVES DA CUNHA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOÃO BATISTA AINES

DATA DO ACIDENTE 19/08/2017 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 13474558372

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada (X) Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOÃO BATISTA AINES
Quem é o portador? () Vítima (X) Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador
E-mail DVSCAIRESGMAIL.COM Telefone 3627583627
Data 24.10.2017 Assinatura [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) LIDER - M BOMTO DE SOUZA
Atendente [Assinatura] Matrícula 63730768
Data 24.10.2017 Assinatura [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433240/17
Vítima: JOAO BATISTA AIRES
CPF: 134.745.533-72

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/08/2017
Titular do CPF: JOAO BATISTA AIRES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros

JOAO BATISTA AIRES : 134.745.533-72

Comprovante de residência



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2017
Nome: JOAO BATISTA AIRES
CPF: 134.745.533-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOAO BATISTA AIRES

Elen Tais Alves Pereira

3140601791

01/03 - C/ Ações

Atraso na data do último documento

Justificativa

☒ Aguardando status☐ Solicitação 07☐ Atraso na data de entrega- Revisão☐ Erro sistêmico

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
<u>14/12/17</u>	<u>02/03/18</u>

Observações:	02/01 - Análise AF	24/01 - Análise AF
15/12 - Análise AF	04/01 - " "	26/01 - " "
19/12 - " "	09/01 - " "	30/01 - " "
21/12 - " "	12/01 - " "	08/02 - Petição distribuição
26/12 - " "	16/01 - " "	15/02 - Petição agendamento
28/12 - " "	18/01 - " "	19/02 - Petição
	22/01 - " "	23/02 - Pag. emitido
27/02 - Pag. emitido		

ÉLEN PEREIRA

DATA: 15/12/17

(Sinister No 3170601791)

Declaração de endereço

Solicito que porventura as -
correspondências que sejam enviadas
sejam pelo Signatário. Lides-DPUAT

Serem enviadas ao endereço do meu
filho: João Victor de Sá Correia Aires.
CPF 655.718.943-34.

localizado na Q-4 Bloco-4 Aptº 101
no conjunto João Ennio Falcão,
(CÉP)

Ouro-Rei, Teresina pi (64015610)

estou em Teresina. Fazendo

Tratamento de fisioterapia.

Sei pois de fato não posso deixar.

Teresina 11/12/2017.

Agradeço o mesmo

João Victor Aires

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider - DPVAT

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA 50 ANO DATA 19/08/2017 AINES

DATA DO ACIDENTE 19/08/2017 ROSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 13434553372

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito - vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) DUSSCARDES GOMES DA SILVA
 Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 998208827
 E-mail DUSSCARDES@GMAIL.COM Telefone 998208827
 Data 11/12/2017 Assinatura AC PIGANNA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PIGANNA
 Atendente AC PIGANNA Matrícula 83730768
 Data 11.12.2017 Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170601791

Cidade: Barão de Grajaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO BATISTA AIRES

Data do acidente: 19/08/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DANO SUPERESTIMADO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170601791

Cidade: Barão de Grajaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO BATISTA AIRES

Data do acidente: 19/08/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR.

Resultados terapêuticos: OSTEOSINTESE INICIALMENTE COM IMOBILIZADOR EXTERNO E PLACA E PARAFUSO POSTERIOR

Sequelas permanentes: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: FREDERICO FONSECA DE OLIVEIRA

CRM do médico: 7294

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: LAURA LUANA BRAGA LAZARO

CRM do médico: 116389

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

