

Controle de docum x Audiências x Upload x Consulta processo: x 0831295-51.2019.8.18.0140 x Merge PDF files onl x WhatsApp x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=359313&ica=e8a5239d69d865494609ccace09... Pausada

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

Pje ProceComCiv 0831295-51.2019.8.18.0140 JOAO BATISTA AIRES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

11325307 - CONTESTAÇÃO (2742897 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/08/2020 12:00:53

14 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11325304 - CONTESTAÇÃO
 - 11325307 - CONTESTAÇÃO (2742897 CONTESTACAO 01)
 - 11325310 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11325311 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA)
 - 11325313 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11325314 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11325317 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:00

downloadBinario.seam 1 / 10

2742897 - CJ/2020-02397/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08312955120198180140

Ativar o Windows
Ative a configuração de computador para ativar o Windows.

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

12:01 14/08/2020



Número: **0831295-51.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA AIRES (AUTOR)		JOAO VICTOR DE SA CORREA AIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11325 304	14/08/2020 12:00	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
11325 310	14/08/2020 12:00	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11325 311	14/08/2020 12:00	COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Segue em anexo juntada de contestação e processo administrativo



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

Pag. 00361/00362 - carta_01



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

Pag. 00285/00286 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 11970692



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

Pag. 01739/01740 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12371942



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Carta nº: 12451922

A/C: JOAO BATISTA AIRES

Nº Sinistro: 3170601791
Vitima: 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

Pag. 00383/00384 - carta_15R - INVALIDEZ

00030192



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA AIRES
Nº Sinistro: 3170601791
Vítima: 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 LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

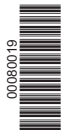
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00037/00038 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12481144



Autorização de pagamento



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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 2726 D/V ☒ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 34.683 D/V 7 (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/MAR 20 de **OUTUBRO** de **2017**

Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SEGURO LÍDER DPVAT LT 30-OUT-2017 13:06 362823 1/1





SEGURODOR LIBER OPXAT LF 30-OUT-2017 13:06 362826 1/1



CPRPCI01, SISBB - Sistema de Informacoes Banco do Brasil Pag.:001
F6090619 Extrato de Conta de Poupanca 13:01:32 24/10/2017

***** 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 Disponivel 7,86 C

RESUMO POR DATA BASE SALDO COMPENSATORIO VALOR BLOQUEADO

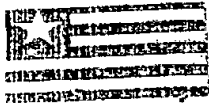
15 5,02 0,00 0,00

19 0,01 0,00 0,00

20 2,83 0,00 0,00

SEMPROBEN LIDER PRAT LF 30-OUT-2017 13:06 362827 V1





POLÍCIA CIVIL
Boletim de ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA 417/2017

DATA/HORA DO REGISTRO: 05/09/2017, às 15hs25min.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito.

DATA/HORA DO FATO: 19/08/2017, por volta das 23h30min.

LOCAL DO FATO: BR 230, Km 01, próximo ao Posto de Gasolina Tropical.

CIDADE: Barão de Grajaú - MA.

COMUNICANTE: GENIVAN AYRES, brasileiro, casado, servidor público, natural de Barão de Grajaú/MA, nascido aos 09/09/1972, portador da carteira de identidade nº 1169047 SSP/PI, inscrito no ME/CPF nº 497.461.113-53, filho de Raimundo Aires de Santana e de Alcina Aires Cabral de Santana, residente e domiciliado na Rua Pedro Moraes, nº 72, bairro Varginha, Barão de Grajaú/MA.

VÍTIMA: JOÃO BATISTA AIRES, brasileiro, casado, lavrador, natural de Barão de Grajaú/MA, nascido aos 12/06/1958, portador da carteira de identidade nº 264.527 SSP/PI, inscrito no ME/CPF nº 134.745.533-72, filho de Firmiana Aires de Oliveira, residente e domiciliado no Povoado Belém, zona rural, São João dos Patos/MA.

AUTOR: ROMEU MENDES DA SILVA, brasileiro, solteiro, atendente, natural de Amarante/MA, nascido aos 22/10/1987, portador da carteira de identidade nº 2.722.736 SSP/PI, inscrito no ME/CPF nº 031.155.573-02, CNH registro nº 05124282711, categoria AB, filho de Elizeu Mendes da Silva e de Maria Irene Mendes da Silva, residente e domiciliado no Conjunto Jacob Demeas, Rua 01, Casa 03, Ibiapaba, Florianópolis - PI. SABENDO LER E ESCREVER.

REGISTRANTE: EPC Richardson Maikon Alves Santiago.

RELATO DA OCORRÊNCIA: Informa o comunicante o senhor JOÃO BATISTA AIRES sobre um acidente de trânsito. Que afirma que JOÃO BATISTA, no dia do acidente, conduzia um...

COMUNICANTE

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

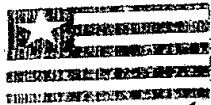
TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARÊA LEÃO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (085) 3221-3643 / 3221-6798 - E-mail: cartorio6@teresiananotario.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 05/09/2017

FRANCISSA RODA-ESCRIVENTE CONFIRMAÇÃO
Emol.: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ARE-55322
(F47/01419)



SEMPRODOP LINEAR PRINT LT - 30-011-2017 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.



SEMPRE NO LINEAR LE 30-01-2017 13:03 362760 1/1

COMUNICANTE

RECEBENTE

- 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 comunicantes 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 ARAÚJO LEAO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx86) 3221-3643 / 3221-6788 - E-mail: cartorio@nazele.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 CONFISSADA

Enrol.: 2,32
(F470P419)

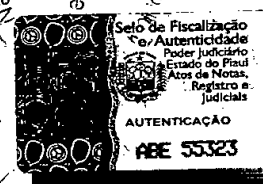
TJ: 0,46

Selo: 0,25

Total: 3,03

Selo: ARE.55323

47/14083004092017/419



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:

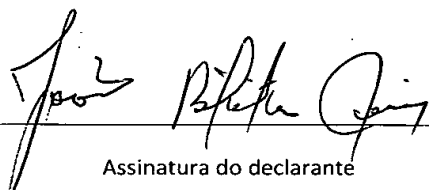
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() 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, 18/09/2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT LT
30-011-2017 13:06 362920 1/1



**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

JOAO BATISTA AIRES

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

End.: POVOADO BELEM, 0 -

Cor: PARDA Telefone: (89) 3523-1907

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA

Cidade: SAO JOAO DOS PATOS/MA

Pai:

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

Civil: CASADO(A) CEP: 65665-0

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 - Emergencia ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE MOTO

Paciente vítima de acidente motociclístico

Exame clinico/fisico:

Ao exame paciente orientado, agitado devido ingestão de bebida alcoólica, com encorçações e gatilhos em MMII E

Diagnostico provavel:

Medicação:

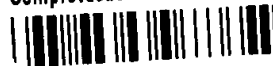
① DSG 5% 300ml EV agora

② Imobilizada MMII E

③ Realizada rezaia 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 Mariana A. Silva
Téc. Enfermagem
CPF: 0301060061

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Ass. Técnico

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES

6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173

Número do documento: 20081412005131200000010729173

Num. 11325310 - Pág. 12

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



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO BATISTA AIRES

RG nº 264527, data de expedição 20/10/15, Órgão SSP-PI

CPF nº 134.745.533-22 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 BELEMA
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SÃO JOÃO DOS PATOS
Estado	MARANHÃO
CEP	65.665-000
Telefone de Contato	
E-mail	JUSCAIRES@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

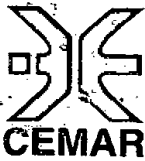
Local e Data: SÃO JOÃO DOS PATOS-MA, 18/09/2017

Assinatura do Declarante:

João Batista Aires

SESPROD0091 LINEAR DP001 UF 30-09-2017 13:06 362823 1/1





Companhia Energética do Maranhão - CEMAR
Atameda A, 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

COMPETÊNCIA
08 / 2010

EMIÇÃO
19/08/2010

APRESENTAÇÃO
22/09/2010

VENCIMENTO
29/09/2010

PARA ATENDIMENTO INFORME ESTE NÚMERO

CÓDIGO DA
UNIDADE CONSUMIDORA
36797746

VALOR ATÉ O VENCIMENTO
R\$ 26,61

DADOS DO DOCUMENTO

JOAO BATISTA AIRES
PV BELEM.

JACAPANDA
93474553372

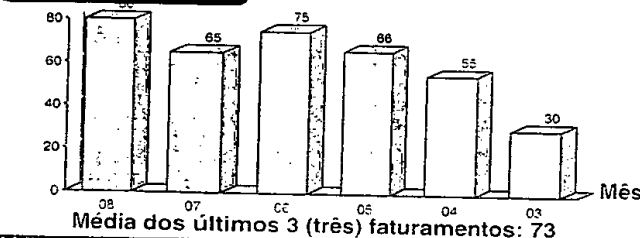
SAO JOAO DOS PATOS

65625 - 000

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação: RESIDENCIAL-MONOFASICO
Tipo de Tarifa: BAIXA RENDA

HISTÓRICO DO CONSUMO EM kWh



DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA FATURA

Atividade	Data	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Residencial	19/08/2010	75	26,61

Fatura 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	0,29	1,28
		Alíquota (%)	12,00%	1,221304%

RESERVADO AO FISCO

PERÍODO FISCAL: 19/08/2010

BF99.D21D.5CE0.0D58.E35F.FBC7.DD2A.A3B

REVISÃO DE VENCIMENTO

O valor de R\$ 2,46 refere-se à cobrança da diferença do ICMS da tarifa baixa renda, conforme legislação vigente.

GENEF. TAR. SOCIAL RES 246/02 RS 16,65 E ISENT. REC. TAR. EXTRA RES 091/01

ÍNDICE DE CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO DE ENERGIA

Período de Referência da Apuração dos Indicadores

Índice	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

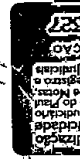
O consumidor tem o direito de receber uma compensação quando ocorrer violação dos padrões de continuidade individuais relativos à unidade consumidora de sua responsabilidade.

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
TULIO MARIA AMELIA MARTINS ARAUJO DE ARAUJO LEO
RUA 7 DE SETEMBRO - CENTRO NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0800) 32013340





Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

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 Piauí

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



PROCESO LTR EDPI: 14/12/2017 14:15:00005728



Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lucas Queiroz dos Santos Correia,

RG nº 021481282002-9, data de expedição 12/06/17,

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

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

Minas Gerais, 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 Batista Alves, cujo o condutor era

João Batista Alves.

Veículo: motocicleta Honda

Modelo: NXR 150 BROS ES

Ano: 2017

Placa: NXB - 91861 MA

Chassi: 9C2KD0550 BR027757

Data do Acidente: 19/08/2017

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

REC FIRMA
Gaya Blumenau

Lucas Queiroz dos Santos Correia

Assinatura do Declarante

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

ESCRIVANIA DE PAZ DE ITOUPIAVA
COMARCA DE BLUMENAU - ESTADO DE SANTA CATARINA
Rua Dr. Pedro Zaccarias, 5511 - Itoupava Central - Blumenau/SC - CEP 89068-003
Tel: (47) 3376-1163 - cartorio@pazituoupiava.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
Blumenau, 26 de outubro de 2017 - Rio de Janeiro

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

Guilherme da Silva Fucks
Escrevente

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

SEMPRE LIGER, PRAZ E 30-OUT-2017 13:06 362821 1/1



Documento:	1031578
Data:	20/08/2017
Horário:	18:22

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0
FLORIANÓPOLIS

Nº AIH
30

BOLETIM DE ADMISSÃO

10372 - JOAO BATISTA AIRES

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 12/06/1958 - 59 ANOS 2 MESES, 8 DIAS

Unidade: CLINICA MEDICA	Enfermaria: E01- EXTRAS	Cama: E026	Convênio: SUS
Educação: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO		Médico: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES	
CPF: RG: 264537/pi	CAD:	SIS Prenatal:	
Endereço: POVOADO SELEM, N° 0 - CEP: 86635-000		Bairro: ZONA RURAL	
Cidade: 211102- SÃO JOAO DOS	Profissão: TRABALHADOR AGRÍCOLA	Telefone: () -	
Nome: IGNORADO		Mãe: FIRMINA AIRES DE OLIVEIRA	
Residência: JOAO BATISTA AIRES - () - O MESMO			
Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAC INFORMADO			
Diagnóstico Definitivo:			

Documentação médica - hospitalar



Data de Acompanhante: ☐ Sim ☐ Não	Resultado ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Transferido	Ação: ☐ Removido ☐ Reduzido ☐ Evasão ☐ Indisciplinado	Ate: ☐ -48 Horas ☐ +48 Horas ☐ Óbito
--	---	---	--

História Clínica

Tm - TNZ +

Diagnóstico Provável

Fx & TNZ +



CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 84001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx88) 3221-5043 / 3221-6786 - E-mail: cartorio@mazzenaraújo.com.br

HOSPITAL TIBERIO NUNES

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

TERESINA-PI, 06/09/2017
MARILISCA RUDHA ESCRIVENTE CONFISSADA
Embr: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ARE: 55304
(F470P419)

47/140R3004092017/419



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173

Número do documento: 20081412005131200000010729173



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
336411
4 - CNES
2366148

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOAO BATISTA AIRES
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
701402519236931
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
12/03/1958

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
35971

9 - SEXO

Insc. X 1 Falt. 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 9927-0922

14 - CDD. ISGE MUNICÍPIO
211102

15 - UF
MA
16 - CEP
65663-002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tm - 7N2E

TERESINA CARTÓRIO 690 F
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARA
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO NOROESTE
FONE: (0xx88) 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 RUA - ESCRIVENTE COM FOMISSALA

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

47/140R3004092017/419

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FX de TN2E

21 - CID PRINCIPAL
9398
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA
CLINICA MEDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
HOSPITAL TIBERIO NUNES

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
937553528-42
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
20/03/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ EMPREGA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CDD. OF. DO EMISOR
M22136047

45 - APLA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

45 - CODUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (X) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04 09/2017

SEMPRE ASSINAR EM PRESENÇA DE

30-09-2017 13:40 362763 14



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

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

Identimento: E010763

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 DIA

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:

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

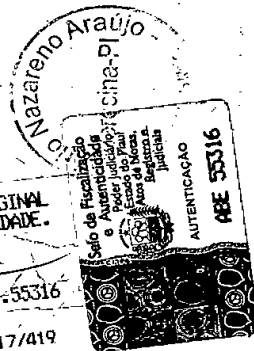
CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL DA VERDADE.

TERESINA-PI, 06/09/2017

Francisca Rocha-Escritora e Escrevente Empenhada

Empenhada: 2,32 TS: 0,46 Selo: 0,23 Total: 3,03 Selo: ABE-55316

(F470P419) 47/14093004092017/419



SENADOR LUIZ ORRARI LE 38-001-2017 13:03 362764 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 lâmina-Bioquímica (Bio 200)





HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

Indicador: 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

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

Resultado:

Observação GERAL:

1,9 mg/dl

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

REIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

Resultado:

Observação GERAL:

47 mg/dl

15 A 40

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

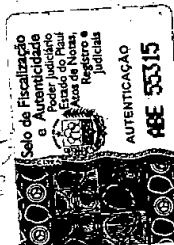
CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 04/09/2017

FRANCISCA ROLHA ESCRIVENTE COMPROVADA

Emol: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE.55315
(F470P419)

47/14083004092017/419



SESSÃO DE LIDER PONT 15 30-08-2017 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 lâmina: Bioquímica (Bio 200)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Número do documento: 20081412005131200000010729173

Num. 11325310 - Pág. 22

38-AUG-2017 13:03 362766 171

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

NOME	Teresa Soares		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA	28/08/17		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE					O's 10h, medicação curativa em.	
02. JELCO HIDROLISADO					MTE + fraldas externas: 70	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					com pomada de pectina.	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					Medicação SFO + elevadora	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					P.A. 21/08/17. 12h	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					P.A. 21/08/17. 12h	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //					P.A. 21/08/17. 12h	
08. CLEXANE-40MG - 01 AMP-SC-1X/DIA					P.A. 21/08/17. 12h	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //					P.A. 21/08/17. 12h	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					P.A. 21/08/17. 12h	
11. CURATIVO					P.A. 21/08/17. 12h	
12. SSVV + CCGG					P.A. 21/08/17. 12h	



CERTIFICADO DE PRESENÇA FOTOCOPIA. ONDE COM A ORIGINA
EXIBIDA NESTAS NOTAS, DO FE E TEST. DA VERDADE
TERESINA C. SOARES
PONTES, 1004-ESCRITÓRIO DE ENFERMAGEM
ENM: 2.32 T: 0.46 Selo: 0.25 Total: 3.05 Selo: R\$ 553
(F4/P419)

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 24/08/2020					
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. CICLEXANE 40MG = 01 AMP-SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
em Prescrição de 04/08/2020 a. Prescrição de 04/08/2020 no 11/08/2020					

TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO - TERESINA-PI
 FONE: (068) 321.9401 / 321.4788 - E-mail: cartorio8@pi.jus.br

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONCORDA COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE EM TERESINA, 24/08/2020.

TERESINA NOTARIESSENTE CUIF000155318
 Selo: 0,25 Selo: 0,46 Selo: 0,03 Selo: AEE: 55318
 (F-470419)



27/11/2020 09:21:17/019

141 89/2795 28-451 2102-110-46 51 119401 83011 180003010535

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

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

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 8 DIAS
Convênio: SUS Leito: Enfermaria: Impresso: 28/08/2017

MOGRAMA

Material:
Tipo:

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
AMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
STONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
GMMENTADOS	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%
ÁQUETAS	220.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

SERVAÇÕES

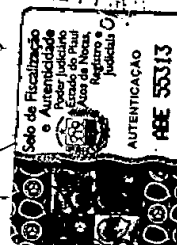
ITRÓCITOS

SERVAÇÃO GERAL:

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (085) 3221-3043 / 3221-6786 - E-mail: cartorio@nazarenoaraujo.com.br

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFEZ COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI 06/09/2017
PRATICA RODA ESDREVENTE CONFIRMASSADA
Emot.:2,32 TJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ABE.55313
(F470P419)

47/14083004/092017/419



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 LER O PART 1E
28-08-2017 13:03 362769 1/1



Número do documento: 20081412005131200000010729173

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

NOME	ALA	INF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 23/08/2020				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		23/08/2020 às 9:50'		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		paciente segue Higiene, Comidinha		
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		no posto curativo em		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		Fundo Operatório		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //		Alfabeta, de		
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1x/dia		Informado		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //		09/08/2020		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		23/08/2020 segue com repouso		
11. CURATIVO		Gonorréia, Sífilis, HIV		
12. SSW + CCGG		Fic. de Curativo		
13. GONORRÉIA		CURATIVO		
14. SÍFILIS				
15. HIV				



TERESINA CARTÓRIO DO OFÍCIO
 TITULAR: MARIA ALÉXIA MARTINS BRAGA
 RUA 2 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE/FLORIANO-PI
 FONE: (0800) 321.9341 / 321.8786 - E-mail: cartorio@teresinapi.com.br

CERTIFICADO DE A PRESSENTE FOTOCOPIA COM A ORIGINAL EXIBIDA NESTA NOTAS IXOU FE EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA, 23/08/2020
 FRANCISCA RODRIGUES DE OLIVEIRA
 ENFERMEIRA
 ENF. 2.32 13:40,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE 55319 (F470P419)

30-01-2017 13:53 562771 1/1
 1/1 112755 5835 562771 1/1

07/14/08/2020 17/019

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

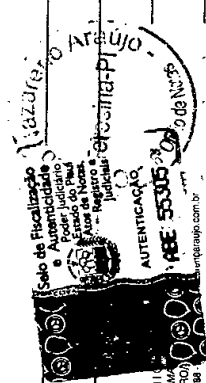
Folha de Anestesia

Nome: <u>Yacê Batista Aires</u>						Registro: <u>38971</u>		
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____				
Data <u>20.08.2017</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	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		
LÍQUIDO	Soluto 500							
	400							
	Sangue 300							
	200							
Temperatura T°	260							
	240							
P. Arterial	220							
	180							
Pulso	160							
	150							
Início e Fim Anestesia	140							
	120							
Início e Fim Operação	100							
	80							
Respiração	60							
	40							
	20							
	10							
SÍMBOLO		<u>in/insuflação / 10 cm de H₂O</u>				DURAÇÃO		
Técnica: <u>Intubação orotraqueal com Laringoscopia direta</u>						Incidentes - Acidentes		
Operação: _____								
Cirurgiões: <u>Dr. Ednaldo Lourenço Santos</u>						Corticóides pós-oper. Imediata		
Anestesistas: <u>Dr. Ednaldo Lourenço Santos</u>								

CERTIFICADO DE A PRESENÇA / FOTOCOPIA, CONFERIR COM O ORIGINAL
 EXIBIR, NESTAS CONDIÇÕES, EM EST. DA VERACIDADE.
 FRENTE À NOTARIA PÚBLICA DO PIAUÍ
 ESCRITÓRIO: 2.2.2 - 110.46 - Setor: 0.25 - Total: 3.03 - Setor: 0.55312
 (14/08/2017) 14/08/2017 15:03:56Z/17.11

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>26/08/2020</u>				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE		HORÁRIO MEDICAÇÃO		
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 SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CEFEXANIE 40MG - 01 AMP SC - EX/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. Loser para Dor (ca 12/12h)				
14. MCR 20mg co/cereais				



TERESINA CARTÓRIO
 TITULAR: MARIA AMÉLIA
 RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO
 FONE (066) 321-3941 / 321-6788 - www.teresina.org.br

AUTENTICAÇÃO
 ABE 55305
 08/08/2020

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEM A ORIGINAL EXIBIDA - NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA, 19 de Agosto de 2020
 FRANCISCA RODRIGUES DE ARAUJO
 Selo: 2,32 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ABE-55305 (F470P419)

V1 522295 08:51 2102-JUN-08 51 JUN 2021 18:00:55

Evolução Clínica

Atendimento
051579

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

st out

φ

20-AUT-2017 13:05 362775 V1

SERVIDOR LIDER IPM117

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 (0xx98) 3221-3543 / 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 ROCHA ESCRIVENTE COMPROVISSADA

Emol.: 2,32
(F470P419)

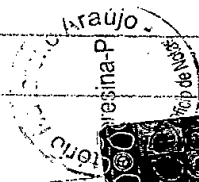
TJ: 0,46

Selo: 0,25

Total: 3,03

Selo: ARE-55329

47/16083006092017/419



FLORIANO-PI

Selo de Fiscalização
• Autenticidade
• Poder Judiciário
Estado do Piauí
Município de São
Rafael do Araguaia
Registral
Judicial

AUTENTICAÇÃO

ABE 55330

OFÍCIO DE NOTARIAMENTO DE SÃO RAFAEL DO ARAGUAIA
CEP-54011-210

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTARIADO
TITULAR - MARIA ANÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 54001-210
088 555320 AUTENTICAÇÃO

CERTIFICADO DE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFIRMA COM A ORIGINAL
Nestas datas deu-se em test na presença

RECEIVED 09/09/2017
KELLY

FRANCISCA KICHA-ESDEVENIE CUPRETISSADA
Eedl.:2,32 IJ:0,46 Selo:0,25 Total:3,03 Selo:ARE:55320

(F4710419) 47/16083004092017/019

[illegible][illegible]

--	--

[illegible]

1000	1000
------	------

6.6.8

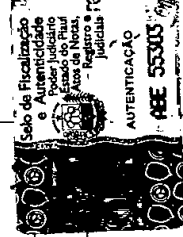
<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Num. 11325310 - Pág. 33

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

SECRETARIA LÍDER 09401 LF 30-OUT-2017 13:03 362777 1/1

ALA	4	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA 27/08/17		HORÁRIO MEDICAÇÃO		
01. DIETA LIVRE HIPOSSÓDICA		AS 16:00 Verificada P.A = 120x70		
02. JELCO HIDROLISADO		1mmHg. Sente consciente, orientada calma, comunicativa, scope		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18/08/2017		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		19/08/2017		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18/08/2017		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SOL)		em (MIO)		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)		18/08/2017		
08. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1x/DIA (8h/mo)		18/08/2017		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)		18/08/2017		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg		18/08/2017		
11. CURATIVO		18/08/2017		
12. SSVV + CCGG		18/08/2017		
13. Condutivos 80mg - 01 comp (2x) 12/12h		18/08/2017		
14. UCI 17 15mg - 01 comp (2x) 1x/dia		18/08/2017		
15. CURATIVO				
16. CURATIVO				
17. CURATIVO				
18. CURATIVO				
19. CURATIVO				
20. CURATIVO				
21. CURATIVO				
22. CURATIVO				
23. CURATIVO				
24. CURATIVO				
25. CURATIVO				
26. CURATIVO				
27. CURATIVO				
28. CURATIVO				
29. CURATIVO				
30. CURATIVO				
31. CURATIVO				
32. CURATIVO				
33. CURATIVO				
34. CURATIVO				
35. CURATIVO				
36. CURATIVO				
37. CURATIVO				
38. CURATIVO				
39. CURATIVO				
40. CURATIVO				
41. CURATIVO				
42. CURATIVO				
43. CURATIVO				
44. CURATIVO				
45. CURATIVO				
46. CURATIVO				
47. CURATIVO				
48. CURATIVO				
49. CURATIVO				
50. CURATIVO				
51. CURATIVO				
52. CURATIVO				
53. CURATIVO				
54. CURATIVO				
55. CURATIVO				
56. CURATIVO				
57. CURATIVO				
58. CURATIVO				
59. CURATIVO				
60. CURATIVO				
61. CURATIVO				
62. CURATIVO				
63. CURATIVO				
64. CURATIVO				
65. CURATIVO				
66. CURATIVO				
67. CURATIVO				
68. CURATIVO				
69. CURATIVO				
70. CURATIVO				
71. CURATIVO				
72. CURATIVO				
73. CURATIVO				
74. CURATIVO				
75. CURATIVO				
76. CURATIVO				
77. CURATIVO				
78. CURATIVO				
79. CURATIVO				
80. CURATIVO				
81. CURATIVO				
82. CURATIVO				
83. CURATIVO				
84. CURATIVO				
85. CURATIVO				
86. CURATIVO				
87. CURATIVO				
88. CURATIVO				
89. CURATIVO				
90. CURATIVO				
91. CURATIVO				
92. CURATIVO				
93. CURATIVO				
94. CURATIVO				
95. CURATIVO				
96. CURATIVO				
97. CURATIVO				
98. CURATIVO				
99. CURATIVO				
100. CURATIVO				



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

ABE 55303

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Florianópolis, 27/08/2017

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173

Número do documento: 20081412005131200000010729173

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLINICA MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

上海商務印書館

FLORIANO-PI

**Selo de Fiscalização
R e A u t e n t i c a d o
P o d e r e J u d i c i a r
E s t a d o d o P a n á
A n o s d e N o s s a
R e g i s t r o e
J u d i c i á r i a s**

AUTENTICADO

CEE 55308

MADEIRA, S. A.

FLORIANO-PI

Selo de Fiscalização
Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Rio
 de Janeiro
 Vara da Infância e
 Juventude

AUTENTICAÇÃO
RBE55310

ANALISIS KUALITAS KESEHATAN LINGKUNGAN
 BROL: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: ARE: 5531
 (E4/P419)

Número do documento: 20081412005131200000010729173

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: João Batista AuresCLÍNICA: OrtopediaENFERMARIA: 17 LEITE: 31PRONTUÁRIO: 38.971DATA: 22/08/17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzen Rodrigues Santos Enfermeira CON. RJ-P: 414.290
	☒	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)
			Adriana Pereira de Sousa Enfermeira CON. RJ-P: 187.201
	☒	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: 25.08.17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzen Rodrigues Santos Enfermeira CON. RJ-P: 414.290
	☒	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:	

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-PI
 FONE: (0xx86) 3221-3643 / 3221-6786 - E-mail: cartorio8@nazarincourtado.com.br

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

TERESINA-PI 06/09/2017
 FRANCISCA RUCHA ESBOVENTE COMPROSSADA

Imp: 12,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 13,03 Selo: ABE: 55309
 (F470P419)

47/16083006092017/419



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173

Número do documento: 20081412005131200000010729173

Num. 11325310 - Pág. 39

activeness

RESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
CLARA MARIA ANÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO

ULAN SINDORIA ANIELLA MARILLINS AVALUO DE AREA LENO
FEBRERERO 230 CENTROBONOCHE - CER#1191-210 - TERESINA BR

TEL: 800-361-3788 • FAX: 800-361-3789 • E-MAIL: enquiries@enr.com •
WWW: www.enr.com • CIRCULATION: 100,000 • PUBLISHED WEEKLY

...

PRESENTED BY THE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
OF THE
DEPARTMENT OF JUSTICE

NOTES: MI
FE EM TEST 2/27

www.pearsoned.com

09/2017

SECRET

AV 27-01-A 35 5 1-4-1-7 A7

```

:V,46 3510:V,23 10101:3,10 35

```

1. *Introduction*

07/14/83NY

4

CERTIFICADO QUE A PRESENTE
 EXIBIDA NESSES NOTAS DOU
 FE EM TEST. DA VERDADE.
 1
 12/08/2017
 FRAZILISA RODRIGUES VIANE DIAMANTISSIMA
 12/08/2017 13:00,46 Selo:049E,553131,03 Total:3,03 Selo:049E,553131,03
 12/08/2017

39-OUT-2017 13:04 362783 1/1

47140R3004097017/415

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>João Batista Aires</u>		Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____	
Apto.: _____			
Data <u>31.08.17</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração
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	
Exams de LÍQUIDO	Soluto 500		
	400		
	Sangue 300		
	200		
	Outros 100		
Temperatura	C	SEQUÊNCIA	
P. Arterial	38	1	
Pulso	36	2	
Início e Fim Anestesia	34	3	
Início e Fim Operação	32	4	
Respiração	30	5	
		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
		15	
SÍMBOLO		DURAÇÃO	
Técnica:		Incidentes - Acidentes	
Operação:			
Cirurgiões:			
Anestesistas:		Corticóides pós-oper. Imediata	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
30-08-2017 13:04:36 2785 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173

Número do documento: 20081412005131200000010729173

Neologos Clinica

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

5/ out

TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 64001-210 - TERESINA-PI
FONE: (085) 3221-3943 / 3221-6789 - E-mail: cartorio@marcelinoaraujo.com.br

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

TERESINA-PI 09/09/2017

FRANCISCA ROCHA ESCRIVENTE COMPROVISSADA

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

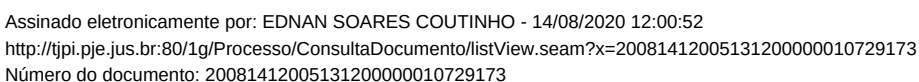
07/140830049X17/419

Selo de Fiscalização e Autenticidade para Juízo e Escritório Judicial

AUTENTICAÇÃO ABE 55301

TERESINA-PI 09/09/2017

555800088 LIBER 09/09/17 16:00:2017 13:04 362786 1/1





HOSPITAL REGIONAL TEREZO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64600-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1525
BOLETIM CIRURGICO

1051579 - JOAO BATISTA AIRES

Data: 20/08/2017

Diag. Cirúrgico: Fratura - luxação de TAZE

Cirurgia: Redução manual + Fixação Intramedular Estável

Descrição da Cirurgia: Redução - DDAH 5x3 mm

Ampl. art.

Art. de art.

Redução manual + fixação Estável
Intramedular

Art.

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesiista:

Anestesia:

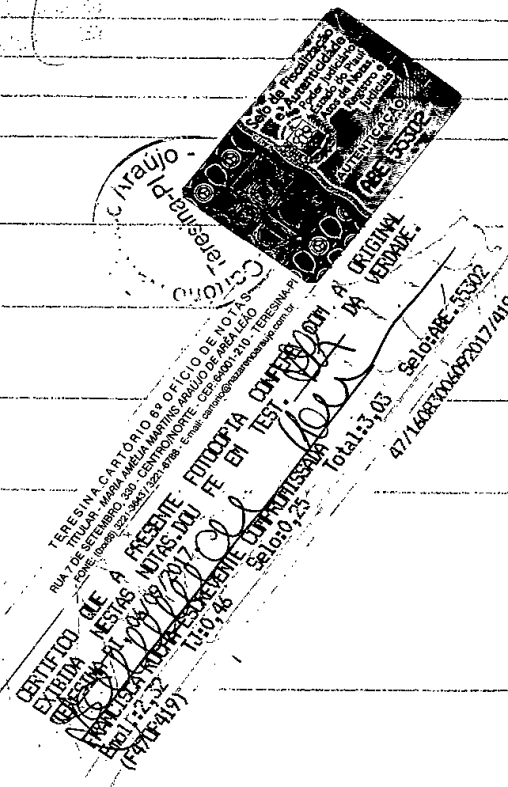
☒ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:



SEMPRE ASSINAR EM PRESENÇA DE 03-01-2017 13:04 362787 1/1



Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>João Batista Avel</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					Hematócrito					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			Sóluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100																										SEQUÊNCIA					
Temperatura T°			C																										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15					
P. Arterial			38																															
V			36																															
Λ			34																															
Pulso			32																															
Início e Fim Anestesia			30																															
X																																		
Início e Fim Operação																																		
O																																		
Respiração																																		
SÍMBOLO																										DURAÇÃO								
Técnica:															Incidentes - Acidentes																			
Operação:																																		
Cirurgões:																																		
Anestesistas:																																		
															Corticóides pós-oper. Imediata																			

255-830084 CLDER OFUIT LF 30-001-2017 13:04 362/88 1/1





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 & TNZE

Cirurgia: Osteomielite

Descrição da Cirurgia: Paciente com DMH 55 anos
Amputação
de um dos membros
inferiores
devido a osteomielite
crônica
devido a infecção

Cirurgião: [Assinatura]

1º Auxiliar: [Assinatura]

2º Auxiliar: _____

Anestesista: Dr. Othman

Anestesia:

☒ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

SEMPRE ASSINAR EM PRETINTE
20-08-2017 13:05 562789 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 Torniquete Externa

Descrição da Cirurgia: Punk - DHA 8x7 mm

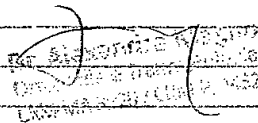
Ampl. art.

Ar d up

Reducao manual + Fixacao Externa

Torniquete

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
10-08-2017 13:05 3522791 1/1



Evolução Clínica

[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
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina
			Hematócrito
			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		
LÍQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100		
Temperatura T°	260 240 220 180 160 150 140 120 100 80 60 40 20 10		
P. Arterial	38		
V	36		
Pulso	34		
Início e Fim Anestesia	32		
X	30		
Início e Fim Operação			
O			
Respiração			
SÍMBOLO			
Técnica: <u>276 62-64 nível T6 (Hess em posição - posição)</u>		Incidentes - Acidentes	
Operação:			
Cirurgiões: <u>Dr. Alexandre</u>			
Anestesistas: <u>Ednaldo Leão Santos</u> <u>Medico Anestesiologista</u> <u>CRM-PI 3812</u>		Corticóides pós-oper. Imediata	





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): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: MASCULINO

Idade: 59 ANOS, 2 MESES e 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:

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Número do documento: 20081412005131200000010729173

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: João Batista AuresCLÍNICA: OrtopediaENFERMARIA: 17 LEITE: 37PRONTUÁRIO: 38.971DATA: 22/08/17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzenir Rodrigues Santos Enfermeira CON-EN-PI: 414.290
	☒	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 Pereira de Sousa Enfermeiro CON-EN-PI: 187.201
	☒	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: 25.08.17

MANHÃ () TARDE () NOITE ()	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO/ENFERMEIRO (A)
			Dra. Neuzenir Rodrigues Santos Enfermeira CON-EN-PI: 414.290
	☒	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:	



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
58.2%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
LUCIANO

31-08-2017 11:46:36/296.14





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
Data: 20/08/2017
Funcionario: KAILON

Registro: 19741
Hora: 00:58:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **3**

SUS

JOAO BATISTA AIRES

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:

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:

Após exame paciente orientado, agitado devido ingestão de bebida alcoólica, com encoxações e gatilhos em MMII E

Diagnostico provavel:

Medicação:

① DSG 5%. 500ml EV agora

② Imobilizado MMII E

③ Realizada redução em ambulância e 2° 3° e 4° guias de 10 em mão D. OK

④ Encaminhada ortopedia HTN

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnicos

*Atalaia Mariana A. Silva
Téc. Enfermagem
CON-EN-MA-531927
20-08-2017*

ENFERMEIRA LÍDER ORTOM. F.
20-08-2017 13:03 362761 1/1

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

Responsavel: JOAO BATISTA AIRES

6816 - ANA CLARA CARVALHO SILVA



32837

JOAO BATISTA AIRES

M

E

10.08.2017

48

2%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ALERINA

32837

JOAO BATISTA AIRES

M

E

20.08.2017

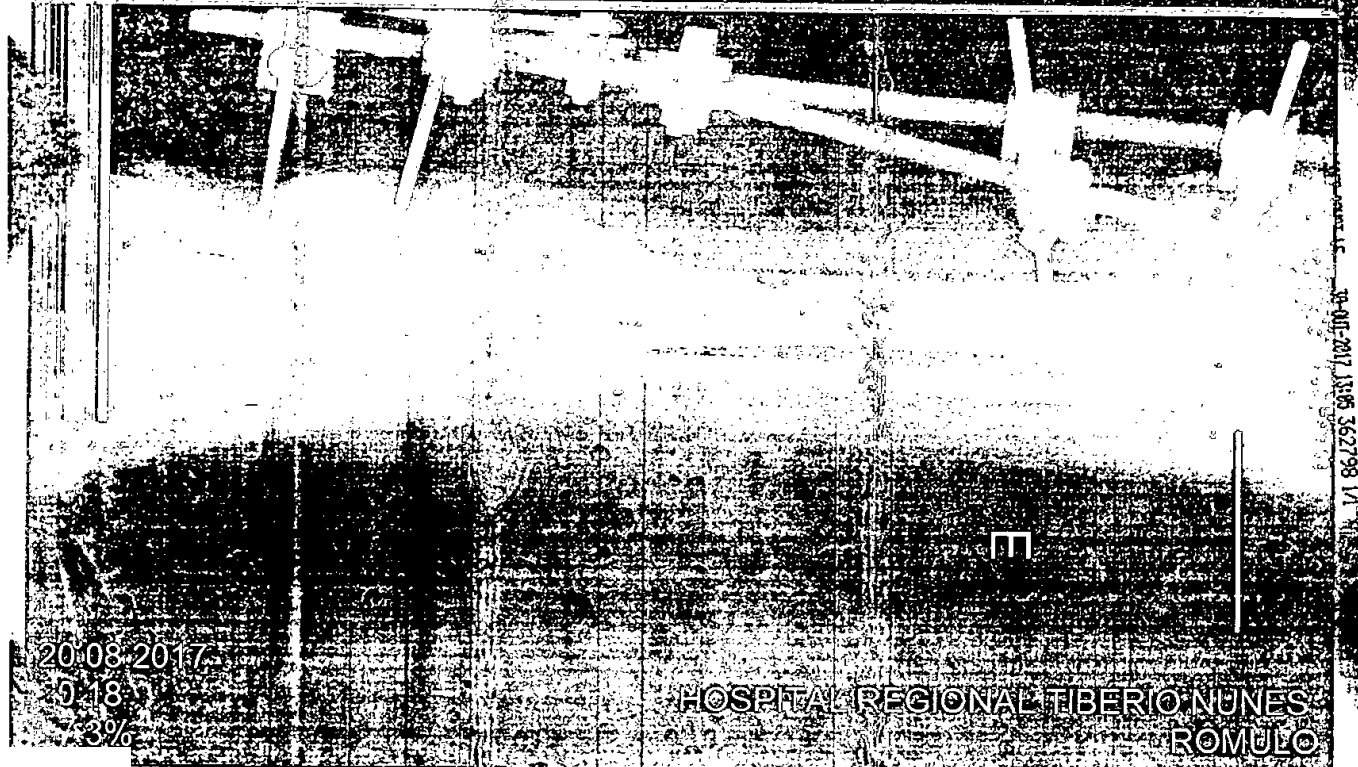
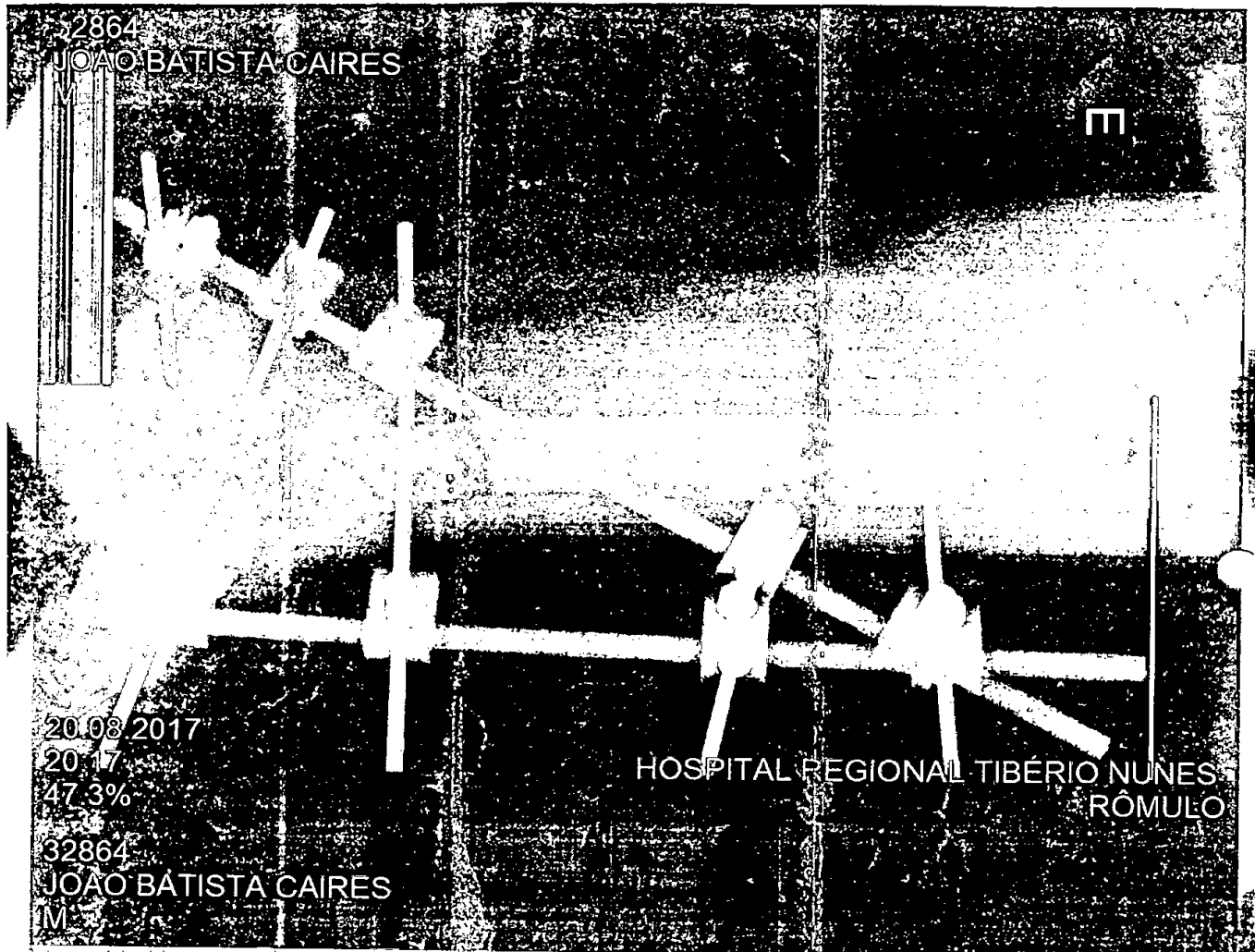
01:50

248 00%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ALERINA

13-07-2017 13:05 362797 1/1





control

Francisca N. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PA 204.538



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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
 30-OUT-2017 13:05 362900 1/1

NOME <u>João Batista Pereira</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>21/08/17</u>	ALA	ENF. OU ADJ.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				Em 21.08.17, realizado exame
02. JELCO HIDROLISADO				em MSE, com suplementação de
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				em 21.08.17, realizado exame
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				em 21.08.17, realizado exame
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				em 21.08.17, realizado exame
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				em 21.08.17, realizado exame
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) /				em 21.08.17, realizado exame
08. GLEEXANE 40MG - 04 AMP SG 4X/DIA,				em 21.08.17, realizado exame
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) /,				em 21.08.17, realizado exame
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				em 21.08.17, realizado exame
11. CURATIVO				em 21.08.17, realizado exame
12. SSW + CCGG				em 21.08.17, realizado exame
12. Gentamicina 80mg em 8/8/17.				em 21.08.17, realizado exame
12. Cloxacilina 300mg em 12/12.				em 21.08.17, realizado exame
12. Metoprolol 50mg em 06/17				em 21.08.17, realizado exame
Dr. COUTINHO, Ednan Soares (P.Filho) Ortopedia, Traumatologia CRM: 2512 TEOT-1998				



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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
 30-01-2017 13:05 362802 1/1

NOME <u>João Batista</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>23/08/17</u>	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 SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //				
08. GLEKXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/8H				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSV + CCGG				
13. GASTROPRIVADO 80g + 80g				
14. BOSTON 50g V8 12/12				
15. HCT 2 mg VO 12/12				

24/08/17. Alta liberada

Assinado por: P. Filho

20:50 Segue com repouso relativo

Assinado por: P. Filho

Florianópolis, 23/08/2017

SEBIRRODRA LIBER OPVAT LF 39-OCT-2017 13:05 362803 1/1



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

NOME	JOSÉ ROBERTO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA	25/08/17		
01. DIETA LIVRE	ALA	ENF. OU APT.	LEITO
02. JELCO 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	Os 10h, realizado curativo em		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% IV 8/8 HORAS (S/N) //	MIE + fraldas externas: 7D		
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	com pontos de sutura.		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //	Medicamento SFO + clorfeniramina.		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	Na 21h, pelo enfermeiro, foi realizado curativo em		
11. CURATIVO	cabeça, com uso de gaze e curativo.		
12. SSV + CCGG	os pontos de sutura.		
13. Bandagem Bay & Silk	Juliana S. Carvalho		
14. Bandagem Bay & Silk	Téc. em Enfermagem		
15. Ht + 3800 pelo Monitor	COREN- 175.203-X		

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

NOME	Joaquim Roberto			ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
DATA	26/05/17			HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE						26/05/2017 às 7h 50' Pa-	
02. JELCO HIDROLISADO						dieta regular. Dieta or-	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						do, sem medicação, 141	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						dieta regular, 141	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						dieta regular, 141	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						dieta regular, 141	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)						dieta regular, 141	
08. CEFEXIME 400MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						dieta regular, 141	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						dieta regular, 141	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						dieta regular, 141	
11. CURATIVO						dieta regular, 141	
12. SSV + CCGG						dieta regular, 141	
13. Laboratório SSV de 12/1/75						dieta regular, 141	
14. HCS 20mg de 12/1/75						dieta regular, 141	
Dr. Lúcio de Jesus P. Lima CRM 2712 31/07/1980							

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

Dr. Edson Tavares

NOME <u>João Batista Alves</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 HIPÓSCOVIN			AS 16:00 Verificado e A = 120x90	
02. JELCO HIDROLISADO			em Hg. Segue consciente, orien-	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			tado calmo, comunicativo, scope	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			FARMACIA DE SERVIÇO 19/08/2017 13:55:50	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			em Hg. AS 08:00 Realizado curativo	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SV)			em Hg.	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)			AS 21:30 Realizado curativo	
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (SUSPENSÃO)			comunicação normal, mega	
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			PA = 130x80 mmHg. Téc. em Enfermagem COREN-175.203	
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
13. Ibuprofeno 50mg - 01 comp (V) 12/12h				
14. METZ 15mg - 01 comp (V) 1x/dia				
Dr. Edson Tavares Gerente de Enfermagem 08/08/2017 13:55:50				

FLORIANO-P

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTODONTISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-PR 4315 / TEL: 14173



PRESCRIÇÃO MÉDICA

SEER000000 LINDER DEWITT LF 36-007-2017 13:05 362808 1/1

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Joaquim Pereira da Silva				17	31	
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
CODIGO			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
28/08/2017	27:30 - Injeção subcutânea por gota da vacina tetavalente			Em 09:00 horas do dia, mãe me por observação, em ambiente exibindo, apresentando com ausência de febre, tosse, náusea, diarreia, distúrbio hídrico, com quadro clínico de eliminação de fezes, urina, suor normal, pele hidratada, mucosa alaranjada, com presença de vermes, de intestino, muco residual no intestino, com presença de vermes, com a presença de vermes, com TIG 55x44, 140x100mm Hg 168/80 ppm 9-13, e glicemia 36,90 g/dl de glicose na urina, com diarreia e náusea, apresentando baixíssima de peso 10,5 kg e 0,91 de peso por metro cúbico.		
	1) Dose 6ml 2) SF 0,38500ml em 1 gota 3) Dose 0,38500ml em 1 gota 4) Injeção subcutânea de SF 0,38500ml					
	08/08/17					

COFEN-P1 256.347
Mod. 312 Frente a Varão de Referência Médica

SEMPRE NO LÍDER DO SETOR DE
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>
 Número do documento: 20081412005131200000010729173



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

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

Exatidão: 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

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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Número do documento: 20081412005131200000010729173



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

Médico(a): FELIPE NUNES DE ALMEIDA

Convênio: SUS

Leito: Enfermaria:

Sexo: MASCULINO

Idade: 59 ANOS, 2 MESES, 8 DIAS

Impresso: 28/08/2017

HEMOGRAMA

Material:

Método:

HEMOGRAMA

RITRÓCITOS 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 %
METAMIELOCITOS 0 %
BASÓFILOS 0 %
SEGMENTADOS 75 %
LINFÓCITOS 0 %
MONÓCITOS 5 %
ERITRÓCITOS 18 %
ERITRÓCITOS ATÍPICOS 2 %
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

RITRÓCITOS

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)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Número do documento: 20081412005131200000010729173

ME 12/06/1958
29/08/17 - 10:00h

SENSEORA LIVER (PANT LF 39-017-2017 13:06 362812 1/1

HOSPITAL FLORIANO
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 04/04/2017
TIBERIO A. PIAUI
Geizmar F. Silva

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

P/ João Batista Gius

Rm

Vto. Cléia

1) Cefalexime 500mg 28 dias

Toma 01 comprimido 4x/dia por 07 dias

2) ALFLEX 200mg 01 caixa

Toma 01 comprimido 1x/dia

3) Novalgine 1g 01 caixa

Toma 01 comprimido 3x/dia se dor

- CURA 2.º MO. ORÁRIO

- NÃO PULAR

- CIRURGIÃO: DR. ALEXANDRE MENEZES

Floriano, 01/09/17

DR. FRANCISCO DE ASSIS V. B. BRUNO
Ouro Preto/PA
CRM-P/ 4504 / 1207-12-10

TERESINA CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - MARIA AMÉLIA MARTINS ARAÚJO DE ARAÚJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO/NORTE - CEP: 84001-210 - TERESINA-PI
FONE: (0xx89) 3221-3943 / 3221-0785 - E-mail: cartorio@necsa.net.br

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

TERESINA, 01/09/2017

FRANCISCA KUCHA ESCRIVENTE DE FOLHA SADA

EMP. 2,32

TJ: 0,46

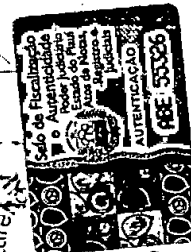
Selo: 0,25

Total: 3,03

Selo: ARE-55326

(F470P419)

07/11/2017 10:10:17/01/17



SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ

30-OUT-2017 13:06 362814 1/1



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. Clauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2775 / TECT 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

SEI0800090 LIVER PRINT LF 30-09-2017 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. Glauco Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2775 / TECT 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

SECRETARIA DE SAÚDE
30-09-2017 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

Dr. Wilson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-412775 / 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

SESSÃO LIBER OPRT LF 30-09-2017 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 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**

5551020091 LIBER OPRINT LF 36-007-2017 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-P12775 / TEOP10504

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 LÍDER EM AT 30-01-2017 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 Mangueira

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.

CED- 40.582.7

Florianópolis, 01/09/17

Dr. Francisco de Assis Araújo
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 1024 / 1507-14196

Nazareno Araújo -
Teresina-PI
01 de Setembro de 2017

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 CONFERE COM A ORIGINAL
EXTRIDA NESTAS NOTAS DOU FE EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA-PI, 01/09/2017

FRANCISCA ROCHA ESUREVENTE LOPKUMISSAIA

Emp: 2,32

TJ: 0,46

Selo: 0,25

Total: 3,03

Selo: ARE.55325

(F47UP419)

47/14083004/192017/419



SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ

30-OUT-2017 13:06 362813 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:00:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412005131200000010729173>

Número do documento: 20081412005131200000010729173

[illegible]

TERESINA CARTÓRIO 8º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: MARIA MARTINS ARAUJO DE ARAUJO
RUA 7 DE SETEMBRO, 330 - CENTRO - FORTALEZA - CEF 84001-210 - TERESINA-PI
FONE: (085) 321-9343 / 321-4788 - E-mail: carterio@notaspi.com.br

EXIBIDA A PRESENTE FOTOCOPIA COM O ORIGINAL DA VERDADE.

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONTEM TODA A ORIGINAL DA VERDADE.

TERESINA, 04 DE ABRIL DE 2017

TERESINA, 04 DE ABRIL DE 2017

Ass: 2.32 1010,46 Total: 3,03 Selos: R\$ 5,5324

(F747P419)

47/14857006092017/419

30-OCT-2017 13:06 362822 1/1



**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 - Órgão 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

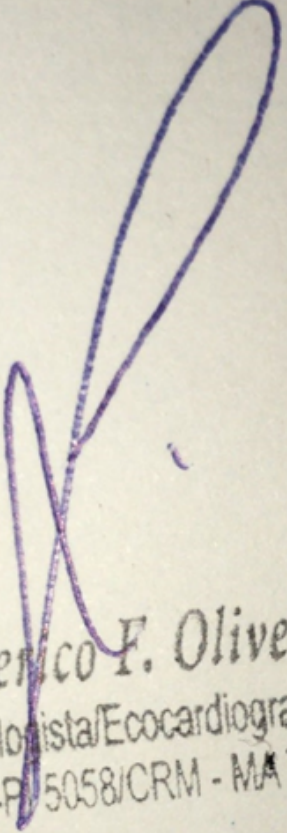
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

 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

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

JOAO BATISTA AIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA ALVES DA CUNHA





SEGURADORA LIDER DPVAT IF 30-OUT-2017 13:03 362758 V1



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOÃO BATISTA AINESDATA DO ACIDENTE 19/08/2017 POSSUI CPF ☒ 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

- ☒ 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 Invalidiz 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 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 ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador
E-mail DVSCAIRESC@GMAIL.COM Telefone 11 337992033
Data 24.10.2017 Assinatura [assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) ILIANE m 30-TO BLSOU SA
Atendente [assinatura] Matrícula 83730768
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

JOAO BATISTA AIRES : 134.745.533-72

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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- Perícia distribuição
26/12- " "	16/01- " "	15/02- Perícia agendamento
28/12- " "	18/01- " "	19/02- Perícia
	22/01- " "	23/02- Pag. emitido
27/02- Pag. emitido		

ÉLEN PEREIRA

DATA: 15/12/17

(Sinister Nº 3170601791)

Declaração de endereço

Solicito que por ventura 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 Emilio Falcão,
(CEP)
Ouro-Rei, Teresina PI (64015610)
estou em Teresina. Fazendo

Ttamento de fisioterapia.

Será João Baptista na posse elétrica
Teresina 11/12/2017.
Agradece o número

João Baptista Aires

SEGURANÇA OR DPUAT FR 14/12/2017 14:12 - 00005329



Seguradora Líder • DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VITIMA JOAO BATISTA AINEZ

DATA DO ACIDENTE 17/08/2017 POSSUI CPF (☒) SIM (☐) NÃO N.º CPF 134.745.533-70

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.dpratssegurodatransito.com.br ou ligue gratuitamente 0800 022 1204
- SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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)
() CPE 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)
() 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 dos médicos (original)
- () 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 (formulários no próprio formulário)

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VITIMA JOAO BATISTA AINEZ

DATA DO ACIDENTE 17/08/2017 POSSUI CPF (☒) SIM (☐) NÃO N.º CPF 134.745.533-70

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)

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (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 CONJUGE – 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, MAE 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)

Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail YVSCAT@att

Date 11/16/2013 Assinatu

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Aterramento (Nome do Ponto): AC Plicamny

Alendante Poliliane Matrícula 03780761

Data: 11.16.2014 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: LIMITAÇÃO 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:



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

