

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Sistema, Sistema, Sistema, Consulta pr, PJ 0801073-08, Baixar o arq, (35) Whats, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549028&ca=86e32bcf8bf633d27a8170f1342e0c9...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549028&ca=86e32bcf8bf633d27a8170f1342e0c9...)

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0801073-08.2020.8.18.0030  
ARTUR DE CARVALHO BARRETO X GENTE SEGURADORA SA

Page Title: 12834175 - CONTESTAÇÃO (2762303 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/10/2020 11:42:31

Left Sidebar (30 Oct 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 12833827 - CONTESTAÇÃO
    - 12834175 - CONTESTAÇÃO (2762303 CONTESTACAO 01)
    - 12834184 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 12834188 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 12834192 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )
    - 12834244 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2762303- C3/ 2020-04018/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Footer: PT, 11:42, 30/10/2020



Número: **0801073-08.2020.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **22/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARTUR DE CARVALHO BARRETO (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12834 184	30/10/2020 11:42	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

Rua 19 de Novembro, S/N – Centro

64825-000/Nazaré do Piauí

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

FICHA DE ATENDIMENTO:

Cliente: Artur de Carvalho Barreto

Data de Nascimento: 23/04/94 Cartão do SUS 160-1059 4660 0081

Mãe: Maria Madalena da Silva de Carvalho Barreto

Endereço: Salinas

SINAIS VITAIS:

P.A: 110 x 70 mmHg

Tax: 36,5 °C

Glicemia Capilar: — mg/dl

Peso: — Kg P: 110 bpm.

QUEIXAS PRINCIPAIS:

Dor e sangramento na cabeça, vertigem, ansiedade, medo.

EXAMES CLÍNICOS:

Após colisão entre moto e cavalo. Sendo o paciente citado o condutor da moto tem sangramento por corte no couro cabeludo, cefalia e vertigem por choque supostamente. Cor generalizada escarlatea, dor aguda em MSE por fratura com rompimento interno, dor no quadril.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

- Risco para vômitos por náuseas, cefalia e agitação. Risco para hipotensão e hipotermia por hemorragias. Algumas ainda indeterminadas. Risco para infecções por danos tissular. Risco para limitações de movimentos consequentes de dor e fraturas.



Hospital Municipal Esperança Garcia

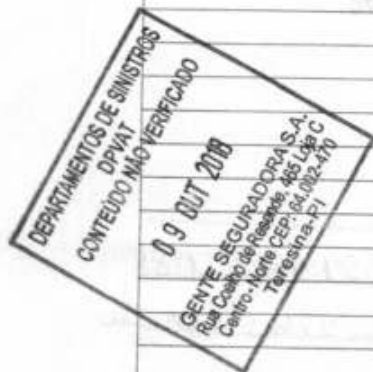
CNPJ:23.624.323/0001-51

CNES: 2307378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Técnicas de Enfermagem  
COREN-PI: 718848-TE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Realizada contenção do sangramento na cabeça (pressão). Imobilização do MSE e quadril, limpeza geral de escoriações. Acesso venoso MSE. Paciente leu e orientado. Removido para o Hospital Tiberio Nunes - Floresta. 19:40 Técnica de Enfermagem Deurizete, Assistente Conductor Senhor Eulberto Dantas.

Deurizete Oliveira E. Reis  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PI: 718848-TE

Nazaré do Piauí / PI, 09 / 06 / 2018

Arturo de Carvalho Bonet

Assinatura do Paciente/Responsável

Conceição Nery

Dra. Conceição de M. Neres S. Vieira  
Enfermeira  
COREN-PI: 147.968

Assinatura/ Carimbo Médico



GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGÜINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0555511

Data: 09/06/2018

Funcionário: REGINA

Registro: 172982

Hora: 21:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 172

SUS

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nasc.: 23/04/1994 Idade: 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: LUIZ MIRELES, 212 -

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

CPF: - RG: 3471164 sppi - SUS: 160110594660008

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648

Bairro: SAMBAIBA NOVA Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

Clinica: ACOHIMENTO

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

09/06/2018 21:22 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERIR COMO ORIGINAL  
DATA 25/04/2018  
ASSINADO

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Dr. César Amaral Guimarães  
MÉDICO  
CRM: 1423 - PI

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02992

CONTA: 000000019325-0

---

---

Nr. da Autenticação DD79B82853BC0AC7



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SERPRO/IN

Nº da Nota Fiscal 010637057

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	13/09/2018	112	75,74

MARIA NADELENA DA SILVA CARVALHO  
PV TIUBA 0 B-RURAL  
CPF: 00093166370315  
CEP: 64.500-000 - OETRAS

ROT: 55.770.05.86.071700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA SÉTIMANA	
Atual:	9746	Atual:	05/09/2018
Anterior:	9628	Anterior:	03/08/2018
Constante de Multiplicação:		Proxima Leitura:	05/10/2018
Consumo Medido:	118	Emissão:	04/09/2018
Consumo Faturado:	118	Apresentação:	05/09/2018

Classificação	Ligação	Número Medidor	Plano	Código Pst	Mês 12 meses
RESID. Bx. RENDA	NONO	A1111557		1.4.1.1	101

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
AGO/13 106	CONSUMO	30 A R\$ 0,286372 =	8,59
JUL/13 91		70 A R\$ 0,490937 =	34,36
JUN/13 94		18 A R\$ 0,736399 =	13,25
MAI/13 91	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		4,48
ABR/13 83	DIFERENÇA DE TARIFA		42,12
MAR/13 100	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		30,55
FEV/13 110	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPW (2X)		0,89
JAN/13 120	MULTA POR ATRASO (2X)		2,13
DEZ/17 96	JUROS DE MORA DE EMPORTE / SER		0,47
NOV/17 111	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,36	

RESID. Bx. RENDA	118
CONSUMO	118
DEZ/17	96
NOV/17	111

ATENÇÃO: LIGUE 0800 010 0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25  
Para mais! Até o dia 04/09/2018, não constatarão faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1C35.ABFZ.9722.ASDA.59A8.AB99.43B3.6E5B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/DEBITOS - R\$	
Distribuição:	25,36	Base de Cálculo:	98,32
Energia:	38,69	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,08	Valor do ICMS:	21,63
Encargos:	6,16	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	27,03	Valor do COFINS:	4,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Índice de Continuidade	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
Índice de Qualidade	0,00			0,00			0,00

OETRAS 07/2018 13,21

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIONAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARTUR DE CARVALHO BARRETO inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.152.993 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADEZ da Vitima ARTUR DE CARVALHO BARRETO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.152.993 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Petronio Portela</u>		<u>759</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Compo Velho</u>	<u>FLORIANO</u>	<u>PIAUÍ</u>	<u>64808 410</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		<u>89 99416 8848</u>	

Fló-PI, 01 de Outubro de 2018  
Local e Data

x Erionar Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Hospital Municipal Esperança Garcia  
CNPJ: 23.624.323/0001-51  
CNES: 2367378  
Rua 19 de Novembro, S/N  
64.825-000



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

Rua 19 de Novembro, S/N - Centro  
64825-000/Nazaré do Piauí

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

**FICHA DE ATENDIMENTO:**

Cliente: Artur de Carvalho Barreto

Data de Nascimento: 23/04/94 Cartão do SUS 160-1059 4660 0081

Mãe: Maria Madalena da Silva de Carvalho Barreto

Endereço: Salinas

**SINAIS VITAIS:**

P.A: 110 x 70 mmHg

Tax: 36,5 °C

Glicemia Capilar: — mg/dl

Peso: — Kg P: 110 bpm.

**QUEIXAS PRINCIPAIS:**

Dor e sangramento na cabeça, vertigem, ansiedade, medo.

**EXAMES CLÍNICOS:**

Após colisão entre moto e cavalo. Sendo o paciente citado o condutor da moto tem sangramento por corte no couro cabeludo, cefalia e vertigem por choque supratentorial. Dor generalizada escoriações, dor aguda em MSE por fratura com sangramento interno, dor no quadril.

**DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:**

- Risco para vômitos por náuseas, cefalia e apunhados. Risco para hipotensão e hipotermia por hemorragias. Algumas ainda indeterminadas. Risco para infecções por danos tissular; Risco para limitação de movimentos consequentes de dor e fraturas.



Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

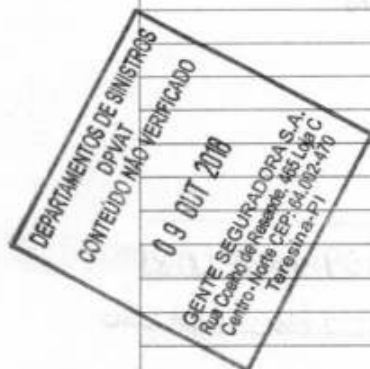
CNES: 2307378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONVENIO DE ENFERMAGEM  
COREN-PI: 718848-TE



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Realizada contenção do sangramento na cabeça (pressão). Imobilização do MSE e quadril, limpeza geral de escoriações. Acesso venoso MSE. Paciente leuado e Orientado. Removido para o Hospital Tiberio Nunes - Floriano PI: 40. Assistência Técnica de Enfermagem Deurizete, Condutor Senhor Gilberto Dantas.

Deurizete Oliveira E. Reis  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PI: 718848-TE

Nazaré do Piauí / PI, 09 / 06 / 2018

Arturo de Carvalho Barreto

Assinatura do Paciente/Responsável

Conceição Nery

Dra. Conceição de M. Neres S. Vieira  
Enfermeira  
COREN-PI: 147.968

Assinatura/ Carimbo Médico



GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGÜINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0555511

Data: 09/06/2018

Funcionário: REGINA

Registro: 172982

Hora: 21:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 172

SUS

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nasc.: 23/04/1994 Idade: 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: LUIZ MIRELES, 212 -

Cor: PARDA

Telefone: ( ) -

CPF: - RG: 3471164 sppl - SUS: 160110594660008

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648

Bairro: SAMBAIBA NOVA Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE

Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

09/06/2018 21:22

0301060118

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

22h Cirurgia geral

Paciente vítima de acidente motociclístico (motor-cavalo) com lesão com sangramento ativo em couro cabeludo

Procedimentos/exames realizados:

Realizado sutura sob

anestesia local

Ass. Técnico

Abdomen macio

Paravertebral

ausente, orientado

Suspeito de fratura de braço e fêmur

Cf. à Ortopedia

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Dr. César Amaral Guimarães  
MÉDICO  
CRM: 1423 - PI

Tratamento com 1 AD EV  
Dilatação 2g + AD EV

Maria da Conceição da Silva

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/09/18  
ASSINADO

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES





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

Conceder 3

NOME <u>Antônio de Oliveira Azeite</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
DATA <u>09/10/2018</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE				23:40 o Admitido em re-
02. JELCO HIDROLISADO				de emergência por: re-
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	6:45	18	24	ção de dor no abdome-
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	6:45	18	24	nal. Remete. Volume de
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1:35	18	24	urina normal. Sinais-
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	1:35	18	24	meto é negativo para
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)	1:35	18	24	medicamento. PA = 99 x 71mmHg
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	6:45			P = 94/50, = 94%.
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				Exe. Data 25/5/18
10. CAPTOPRIL 25 mg SL, se PA > 160x110, mmHg				23:48 o Volume de
11. CURATIVO				exce no MSE. Exe. Teste
12. SSVV + GCGG				25/5/18 - PI
<p>Dr. Felipe Nunes de Almeida ORTOPEDIA - TRAMATEC-0337A CRM-PI: 4015 / TEO: 14175</p>				
<p>Quarta-feira, 10/10/2018 10:42:30</p>				





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

2365146

4 - CNES

2365146

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160110594660008

10 - NOME DA MÃE

MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO

12 - ENDEREÇO

LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/04/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172982

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9444-0446

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64800000

### JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Tratamento em ambulatório e internação em UTI*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

00796720355

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FELIPE NUNES DE ALMEIDA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/06/2018

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Dr. Felipe Nunes de Almeida*  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 4315

### 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

39 - CNPJ EMPRESA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 25/07/2018

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

ASSINDESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA

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

*[Assinatura]*



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/10/2020 11:42:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011422986900000012140209>

Número do documento: 20103011422986900000012140209

Atendimento:	1061953
Data:	09/06/2018
Hora:	23:13

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N. 0  
FLORIANO/PI

Nº AIH

ALMERIN

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**172982 - ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 23/04/1994 - 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS**

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX33 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4315 - FELIPE NUNES DE ALMEIDA

CPF: RG: 3471164 sppi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LUIZ MEIRELES, Nº 212 - CEP: 64800000 Bairro: SAMBAIBA NOVA

Cidade: 2203909- FLORIANO/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - ( ) -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
09 OUT 2018  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado  
☐ Melhorado  
☐ Inalterado  
☐ Piorado

☐ Removido  
☐ Pedido  
☐ Evasão  
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas  
☐ +48 Horas  
☐ Obito

Transferido

### História Clínica

### Diagnóstico Provável

Dr. Felipe Nunes de Almeida  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI: 4315 / TEOT: 14175

FELIPE NUNES DE ALMEIDA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/09/2018  
ASSIN.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Nome do Paciente: Artur de Carvalho Barreto

Cirurgia: Amniotomia de Quadril

Cirurgião: Dr. Felipe

Reg. Same

Sala: 02

Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante: Sandra + Helian + Socorinha

Data: 09 / 06 / 2018

Início: 23:35

Término: 00:00

Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		500 ml		
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5% <u>NEOCAÍNA RESADA 0,5%</u>				
44	XILOCAÍNA 0,75%		03 amp.		

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
PESQUISA PDI  
CONF. COM O ORIGINAL  
DATA: 27/09/2018  
ASSIN: [assinatura]







SAÚDE  
Secretaria de Estado  
da Saúde / SESAP



Piauí  
GOVERNO DO ESTADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Hospital Regional  
Tiberio Nunes

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES  
CHECKLIST PRE-OPERATORIO

Nome do Cliente: Antônio de Carvalho Barreto

Data de nascimento: 23/04/1994

Prontuário: 170982

Enf/Leito: SMA

Data do Procedimento: 04/06/18

Procedimento Cirúrgico: luxação da quadril

Pulseira de Identificação: ( ) Sim ( ) Não Horário SSV: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ ipm PA: 120x80 mmHg

Glicemia Capilar: 143 mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico ( ) Central (especificar local, calibre e nº de dias) veia cubital esquerda

SNG ( ) SNE ( ) Drenos (especificar): não Jejum ( ) Sim ( ) Não A partir das: \_\_\_\_\_

Avaliação Pré-Anestésica: ( ) Sim (X) Não Avaliação Cardiológica: ( ) Sim (X) Não Utiliza Anticoagulante: ( ) Sim (X) Não Último horário: \_\_\_\_\_

Sítio Cirúrgico Demarcado: ( ) Sim ( ) Não Adornos Retirados: (X) Sim ( ) Não Utiliza Prótese Dentária: ( ) Sim - Retirada (X) Não

Higienizado: ( ) Sim (X) Não Tricotomia: ( ) Sim (X) Não Camisola, gorro e pro-pés: (X) Sim ( ) Não

Alergias: ( ) sim Qual: \_\_\_\_\_ (X) Não Exames essenciais disponíveis: (X) Sim (X) Não

Antimicrobiano Profilático: ( ) Sim ( ) Horário: não Hora do Encaminhamento ao CC: \_\_\_\_\_

Prontuário completo com ficha de internação (X) Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

DATA 23/06/18  
CONFERE COM O ORIGINAL  
HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES

Ednana S. Soares  
ENFERMEIRO 481705

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NOME	Flávia de Souza	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA	10/01/18	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
01. DIETÀ LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 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 + GCGG						
<p>Assinatura: 50000150 - 10/1/18</p> <p>Dr. Felipe Nunes de Almeida Otorrinolaringologista</p>						

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**Hospital Regional "Tibério Nunes"**  
**Florianópolis Piauí**

**Nome:** Adriana da C. Paiva

**Registro:**

**Categoria:**

**Prescrição Médica**

**Trabalho Realizado**

**Apt.º:**

**Enfermagem:**

**Atendimento:**

131



Cuidado do RN

PARTOS:

N.º ( )

Horário:

Tempo Ret. da Bolsa:

Idade gestacional em semanas:

FETO:

Peso:

Sexo:

Estatura:

Apgar:

Nitroso de Prata: ( ) Sim ( ) Não

Curativo Umbilical: ( ) Sim ( ) Não

Aspiração Secreção: ( ) Sim ( ) Não

IDENTIFICAÇÃO (PULSEIRA):

Polegar direito da Mão:

Plantar direito do RN:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/10/2020 11:42:30  
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011422986900000012140209  
 Número do documento: 20103011422986900000012140209



09 OUT 2018

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

Num. 12834184 - Pág. 18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.000-070  
Teresina-PI

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

NOME	ALIA		ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	13/06/18		32	31	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
01. DIETA LIVRE					OBSERVAÇÕES
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. JILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 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 + GCGG					

Dr. João Soares Junior  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2438



N. 680

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano - Piauí

12/30

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Nome do Paciente:

Antônio de C. Brito

Clinica:

Interno ( ) Externo ( )

Convênio: Particular ( ) SUS ( ) Outros Convênios ( )

Enfermaria:

Apt.º:

Leito:

Médico:

Exames Solicitados:

rx de pun. T. e ca. 1º e 2º

Assinatura do Médico Solicitante

CRM

Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





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

2365146

4 - CNES

2365146

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160110594660008

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/04/1994

Masc. ☒

Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172982

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9444-0446

10 - NOME DA MÃE

MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO

12 - ENDEREÇO

LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64800000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

( ) CNS (x) CPF

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

14/06/2018

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PI  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 15/06/2018  
ASSINADO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

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)

09 OUT 2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/10/2020 11:42:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011422986900000012140209>

Número do documento: 20103011422986900000012140209

Num. 12834184 - Pág. 21



GABRIEL FERREIRA, S/N  
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000  
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

## BOLETIM CIRURGICO

1062144 - ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Data: 14/06/2018

Diag. Cirúrgico: fratura do osso fêmur

Cirurgia: Osteossíntese

Descrição da Cirurgia:  
1) Anestesia + fentila  
2) Lavagem da ferida  
3) Incisão em L sobre a fratura  
4) Exposição da fratura  
5) Redução e fixação com placa e parafusos  
6) Lavagem e fechamento  
7) Curativo e fixação  
8) Curativo e fixação

Cirurgião: Dr. Carlos

Auxiliar: Dr. Paulo

2º Auxiliar: Luiz

Anestesista: Dr. Alexandre

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MOURA  
FLORIANO - PI  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/09/2018  
ASSIN: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

Nome do Paciente: Artur de Carvalho Borreto

Reg. Same

Cirurgia: Ostiotomia Antebraço

Sala: 03

Cirurgião: Dr. Correia

Auxiliar: Mr. Francisco

Instrumentador: Lindoval

Circulante: Rayka e Amparo

Data: 14 / 06 / 18

Início: 16:06

Término:

Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

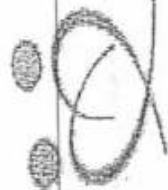
Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA <u>frasco</u>		<u>2 amp</u>		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA <u>lindocina</u>	<u>5 / 10</u>	<u>1 amp</u>		
04	ÁGUA DESTILADA	<u>10 ml</u>	<u>5 amp</u>		
05	AMPICILINA <u>fentel</u>		<u>1 amp</u>		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	ALOTINA 1g		<u>2 amp</u>		
11	CLORAFENICOL				
12	CLONIDRON				
13	DOLASSAL				
14	DORMONID		<u>1 amp</u>		
15	DOLANTINA				
16	EFORTIL				
17	ETER ANESTÉSICO				
18	FLAXEDIL				
19	FLEBOCORTID				
20	GARAMICINA				
21	GLUCONATO CÁLCIO				
22	HALATOME ML				
23	INOVAL				
24	KETALAR				
25	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
26	MANITOL 20%				
27	METHERGIM				
28	METIL CELULOSE				
29	OCITOCINA				
30	PLASIL				
31	PROSTIGIMINE				
32	POMADA OFTALMOLÓGICA				
33	QUELICIM				
34	QUEMICETINA				
35	RINGER-LACTADO	<u>500ml</u>	<u>5 frasco</u>		
36	SORO FISIOLÓGICO				
37	SORO GLICOSADO				
38	TRANSAMIN				
39	THIONEMBUTAL				
40	VALIUM				
41	VITAMINA K		<u>1 amp</u>		
42	XII OCA/NA 0,5%				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/06/2018  
ASSIN. [assinatura]





SAÚDE | **Piauí**  
Secretaria de Estado  
da Saúde / SESAP



**Hospital Regional  
Tiberio Nunes**

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -  
CHECK LIST PRE- OPERATORIO

Nome do Cliente: Artur de Carvalho Boute

Data de nascimento: 23/04/94

Prontuário: 172982

Enf/ Leito: 17/31

Data do Procedimento: 14/06/18

Procedimento Cirúrgico: Fx Antibacter C

Pulseira de Identificação: (X) Sim ( ) Não Horário SSW: 14:30 T: 36.0 FC: 95 bpm FR: 18 irpm PA: 130x90 mmHg

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico ( ) Central (especificar local, calibre e nº de dias) M5D, 26.00 / 14/06/18

SNG ( ) SNE ( ) Drenos (especificar): \_\_\_\_\_

Jejum (X) Sim ( ) Não A partir das: 20h

Avaliação Pré-Anestésica: ( ) Sim (X) Não Avaliação Cardiológica: ( ) Sim (X) Não Utiliza Anticoagulante: ( ) Sim (X) Não Último horário: \_\_\_\_\_

Sítio Cirúrgico Demarcado: ( ) Sim (X) Não Adornos Retirados: (X) Sim ( ) Não Utiliza Prótese-Dentária: ( ) Sim - Retirada (X) Não

Banho antisséptico: (X) Sim ( ) Não Tricotomia: ( ) Sim (X) Não Camisola, gorro e pro-pes: (X) Sim ( ) Não

Alergias: ( ) Sim Qual: \_\_\_\_\_ Exames essenciais disponíveis: (X) Sim ( ) Não

Antimicrobiano Profilático: (X) Sim ( ) Horário: Cefotaxime 6/6h Hora do Encaminhamento ao CC: \_\_\_\_\_

Prontuário completo com ficha de internação (X) Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES:

Kellyene de Carvalho Rocha

Enfermeira 11666

COREN-PA 547.094

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO



TÉCNICO EM ENFERMAGEM





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Artur de Carvalho Barros ou  
meu responsável \_\_\_\_\_ AUTORIZO a realização do  
procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de  
\_\_\_\_\_

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento cirúrgico e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Frestei ao médico Cirurgião ou Anestesiologista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;



Florianópolis (PI), \_\_\_\_\_ de junho de 2018.

Artur de Carvalho Barros  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_



# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: Arthur Carvalho Benito

Registro: \_\_\_\_\_

Enf.: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Apto.: \_\_\_\_\_

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
14/10/2018	145/70	110	14			
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Eupneica

Sistema Circulatório

RCR em 4.

Sistema Respiratório

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Ataráclicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

fratura antebraço Esq.

Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

16.60 11.20

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio											TOTAL DE DOSES
	1											
	2											
	3											
QUÍMICO	Soluto 500											
	400											
	Sangue 300											
	200											
	Outros 100											
Temperatura	260											
Tº	240											
P. Arterial	220											
V	180											
Λ	160											
Pulso	150											
Início e Fim Anestesia	140											
X	120											
Início e Fim Operação	100											
○	80											
Respiração	60											
○	40											
	20											
	10											

SÍMBOLO

Técnica: Bloqueio Plexo braquial +  
Sedação Venosa + O2 100% - 6L5

DURAÇÃO

Dr. Nelson Ribeiro Soares  
Médico Anestesiologista - Acidentes  
CRM - PI 11624 CRM - RJ 11624



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

13/31

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
ANTHONY DE CARVALHO				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 14/06/18				
01. DIETA LIVRE 2000 LITROS				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 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 + GCGG				
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DAVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 OUT 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>				
<p>Galvão M. P. dos S. Figueiredo Enfermeira COREN-PI 547.092-ENE</p>				
<p>Às 18:10 pts admitido na SRPA sob efeito de Bloqueio regional, consciente, eufórico, normotenso, normotônico.</p>				





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/ Anten de Casullo Barreto

VW aux

1) Aftersun 500g 28000

Tamã 01 comprimido de 6/64 por 07 dias

2) Aftersun 200g 28000 01 comprimido

Tamã 01 comprimido 1x/dia por 05 dias

3) Litador exp. 01 comprimido

Tamã 01 comprimido de 8/64 se 40h

- CURATIVO ANEXO -

- Causum com 15 dias no Ambulatório  
de Ortopedia

Florianópolis, 25/06/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



# Hospital Regional Tibério Nunes

## ACOLHIMENTO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE Artur de Carvalho

SEXO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE ORIGEM \_\_\_\_\_

U.F. \_\_\_\_\_

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL HISTÓRIA/ATUAL DA DOENÇA

Queixa de acidente de moto  
quebrou as suas quadras, braço e cabeça

MEDICAÇÃO ATUAL \_\_\_\_\_

ALERGIAS nepe

SINAIS E SINTOMAS

PA= \_\_\_\_\_ mmHg;

T= \_\_\_\_\_ °C;

Glicemia capilar= \_\_\_\_\_ mg/dl

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Teresina-PI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Prioridade zero - emergência - casos graves: necessita de atendimento imediato



Prioridade 1 - urgência - pacientes que necessitam de atendimento, mas não correm risco de vida.



Prioridade 2 - prioridade não urgente



Prioridade 3 - consulta de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada; casos para atendimento na rede básica de saúde.

CONDUTA E ENFERMAGEM

ao plantão

DATA 09.10.18 HORÁRIO: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

CNPJ DE 553.554.770-000




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS



POLÍCIA CÍVEL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

*Artur de Carvalho Barreto*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 064.152.993-79

Nome ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Nascimento 23/04/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.471.164

DATA DE EMISSÃO 05/07/10

NOME ARTUR DE CARVALHO BARRETO

RELACÃO MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO

NATURALIDADE RAIMUNDO JOSÉ BARRETO

DOC. ORIGEM OEIRAS-PI

CERT. NASC. 31821 L 33A F 231

EXP. OEIRAS-PI 01/09/94

TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO 23/04/1994

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CÓDIGO DE CONTROLE 226A.E7C4.E931.090F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:53:44 do dia 07/02/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI 902017022597 Nº 013226784659  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 332342875 2018

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

#####

06415299379 00U-5895

902KD0550BR027663

PAS/MOTOCICLO/NEHUMA ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS EG 2011 2011

002P/149CC PARTIO PRETA

1 1ª IPVA

2 2ª IPVA

3 3ª IPVA

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DEIRAS 23/5/2018

PI Nº 013226784659 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0600 022 1204

2018 23/5/2018

06415299379 00U-5895

332342875 HONDA/NXR150 BROS EG

2011 09 902KD0550BR027663

PRÊMIO TARIFARIO

9,03 90,31

0,70 185,50

22/05/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.548.888/0001-04

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

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

Número do Sinistro: **3180475416**

Nome do(a) Examinado(a): **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV TIUBA, SN - RURAL - Oeiras - PI - CEP 64500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3.471.164**

Data e local do acidente: [ **09/06/2018** ] **Via pública**

Data e local do exame: [ **01/11/2018** ] **Florianópolis** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura de Antebraço Esquerdo + Luxação de Quadril Esquerdo + Ferimento em Couro Cabeludo.*

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

*Paciente com fratura de antebraço esquerdo + luxação de quadril esquerdo + ferimento em couro cabeludo, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo, dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril; presença de cicatriz de ferimento em couro cabeludo e sem queixas.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Paciente com fratura de antebraço esquerdo + luxação de quadril esquerdo + ferimento em couro cabeludo; realizado tratamento cirúrgico de antebraço esquerdo; realizado tratamento conservador em quadril e couro cabeludo; evoluiu com dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril e em couro cabeludo. Alta médica em 15 de junho de 2018;*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Deformidade com DANO de 75% em punho esquerdo;*

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

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



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

( ) "Vítima em tratamento"  
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 (Sequela):

Punho Esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ☒ ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

**DAM da articulação do punho esquerdo - Flexão - 0 a 20°. Extensão - 0 a 15°. Adução - 0 a 10°. Abdução - 0 a 5°.**



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI





Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2387378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

Nazaré do Piauí

Unidos por uma cidade melhor

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

## DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que o senhor **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**, filho de **Maria Madalena da Silva de Carvalho e Raimundo José Barreto**, nascido em **23 de Abril de 1994**, portador do RG.: **3.471.164/ SSP-PI** e CPF: **064.152.993-79**, residente e domiciliado no Povoado Tiúba Zona Rural do município de Oeiras-PI, foi socorrido na BR-230 próximo ao município de Nazaré do Piauí, no dia **09 de Junho de 2018 às 19:40 h** vítima de acidente motociclístico, apresentando sangramento intenso, corte em couro cabeludo, cefaléia, vertigem, escoriações generalizadas, suspeita de fratura em MSE (Membro Superior Esquerdo) queixando-se de dor intensa no local lesionado e em quadril, com dificuldade de movimentação do membro atingido, foram prestados cuidados de enfermagem dos quais citam-se: Aferição da P.A, acesso venoso, curativo local e imobilização do membro lesionado, em seguida foi feita a transferência do mesmo para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI para cuidados especializados.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que se produza os efeitos legais da mesma.

Nazaré do Piauí (PI), 26 de Setembro de 2018.

*Quésia de Oliveira Miranda e Brito.*

Quésia de Oliveira Miranda e Brito

Secretária Administrativa e Financeira-HMEG



Portaria Nº005/2017

*Quésia de Oliveira Miranda e Brito*  
Secretária Administrativa e Financeira  
Hospital Municipal Esperança Garcia  
Portaria 005/2017

Hospital Municipal Esperança Garcia CNPJ: 23.624.323/0001-51-CNES 23.673.78 Centro- Nazaré do Piauí- Rua 19 de Novembro, S/N 64825-000 TEL: (89) 3557-1160/99422-0208 E-mail: hospitalesperancagarcia@gmail.com





<b>Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.</b> 		<b>DANFE</b> Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica													
R. Magalhães Filho, N° 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		0 - Entrada 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1 N° 000.025.406 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1		CHAVE DE ACESSO 2218 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0254 0610 0000 0016 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora											
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDE DE MERCADORIA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>322180013396625 - 2018-07-12T16:08:47-03</b>													
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.		CNPJ 11.664.118/0001-30											
DESTINATÁRIO/REMETENTE															
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO</b>															
ENDEREÇO RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N		BAIRRO/DISTRITO MANGUINHA		CNPJ/CPF 06.553.564/0103-62											
MUNICÍPIO Floriano		FONE/FAX (89) 3522-1323		CEP 64800-000											
UF PI		INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DA EMISSÃO 12/07/2018											
ATURA/DUPPLICATA		DATA VENCIMENTO 11/08/2018		VALOR 367,62											
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00											
VALOR DO PRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00											
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 367,62											
VALOR DO IPI 0,00		VAL. APROX. TRIB. 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 367,62											
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS															
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO		FRETE POR CONTA 0 - Rem.		CÓDIGO ANT											
ENDEREÇO R: MAGALHAES FILHO, 175		MUNICÍPIO TERESINA		PLACA DO VEÍCULO UF PI											
QUANTIDADE		ESPÉCIE		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTA											
MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO (Kg) PESO LÍQUIDO (Kg)											
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO															
QTD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P. TRIB.	
02	0702030899 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40103500260 Qtd.: 1 Lote: 05614/17) (Ref: 40103500260 Qtd.: 3 Lote: 04454/17) (Ref: 40103500189 Qtd.: 3 Lote: 06191/17) (Ref: 442005 Qtd.: 1 Lote: R27865) (Ref: 442005 Qtd.: 1 Lote: R27178) (Ref: 3086 Qtd.: 1 Lote: R26140) (Ref: 40103500243 Qtd.: 2 Lote: 07148/17) (Ref: 40103500243 Qtd.: 1 Lote: 08802/15) (Ref: 40103500243 Qtd.: 1 Lote: 07148/17)	90211030	040	5102	UN	2,0000	183,8100	367,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             DEPARTAMENTOS DE SINISTROS              DPVAT              CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                09 OUT 2018                GENTE SEGURADORA S.A.              Rua Coelho de Resende, 465 Loja C              Centro - Norte CEP: 64.002-470              Teresina-PI           </div>															
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO									
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PAT: ARTUR DE CARVALHO BARRETO) (CONV: SUS) (DR: FRANCISCO JUNIOR CASTELO BRANC) (DAT: 14/08/2018) (HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES)															



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/10/2020 11:42:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011422986900000012140209>

Número do documento: 20103011422986900000012140209

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Artur de Carvalho Barreto,  
brasileiro (a) estado civil: SOLTEIRO, profissão: PEDEIREIRO,  
carteira de Identidade nº 3.975.164, órgão  
expedidor SSP-PI, C.P.F. nº 064.152.993-79, residente e  
domiciliado LOCALIDADE TIUBA, nº 514, bairro ZONA RURAL,  
Cidade DEIRAS, no Estado de PIAUÍ, pelo presente  
instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito,  
nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

**OUTORGADO:** **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**, Brasileiro, casado,  
vigilante, Carteira de Identidade nº 1.753.725 SSP/PI, CPF 630353673-53,  
residente e domiciliado na Av. Senador Petrônio Portela Nº 759, Campo velho,  
Floriano – PI, CEP: 64808-410.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante  
nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim  
especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio**  
**Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito  
o Sr.º (a) Artur de Carvalho Barreto

Ocorrido em 09/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Foderes ao Outorgado para representar-me  
e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e  
Seguradora Lider.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.

Floriano/PI, 01 de Outubro de 2018.



Artur de Carvalho Barreto

(OUTORGANTE)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370580/18

**Vítima:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**CPF:** 064.152.993-79

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/06/2018

**Titular do CPF:** ARTUR DE CARVALHO  
BARRETO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ARTUR DE CARVALHO BARRETO : 064.152.993-79

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Danielle Nobre de Sousa



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nº Sinistro: **3180475416**

Vítima: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Data do Acidente: **09/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475416**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13489511

Pag. 01021/01022 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020511



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Sinistro: **3180475416**  
Vítima: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**  
Data do Acidente: **09/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**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 **3180475416** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00637/00538 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13517919





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180475416

**Cidade:** Nazaré do Piauí

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**Data do acidente:** 09/06/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Antebraço Esquerdo, Luxação de Quadril Esquerdo, Ferimento em Couro Cabeludo.

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente com fratura de antebraço esquerdo, luxação de quadril esquerdo, ferimento em couro cabeludo, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo, dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril; presença de cicatriz de ferimento em couro cabeludo e sem queixas.  
ADM da articulação do punho esquerdo - Flexão - 0 a 20°, Extensão - 0 a 15°, Adução - 0 à 10°, Abdução - 0 a 5°.

**Resultados terapêuticos:** Paciente com fratura de antebraço esquerdo, luxação de quadril esquerdo, ferimento em couro cabeludo; realizado tratamento cirúrgico de antebraço esquerdo; realizado tratamento conservador em quadril e couro cabeludo; Alta médica em 15 de junho de 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

**Médico examinador:** Abdias Viana dos Santos Junior

**CRM do médico:** 2031

**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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 com 16 ou 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: 064.152.993-79 Nome completo da vítima: Artur de Carvalho Barreto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Artur de Carvalho Barreto</u>	CPF titular da conta <u>064.152.993-79</u>	Profissão <u>Fedreiro</u>
Endereço <u>POUCADO TIUBA</u>	Número <u>3/N</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Zona Rural</u>	Cidade <u>Ouro</u>	Estado <u>Piauí</u>
E-mail _____	CEP <u>64500-000</u>	Telefone (DDD) <u>89 99929 9587</u>

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD: <u>2992</u> D/V: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRD: <u>19325</u> D/V: <u>0</u> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome: _____ NRD: _____	AGÊNCIA NRD: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)
		CONTA NRD: _____ D/V: _____ (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.

FIO-PI, 01 de Outubro de 2018  
Local e Data

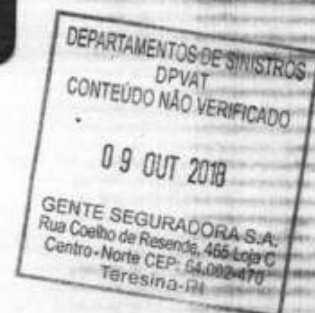
X Artur de Carvalho Barreto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017







Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal  
**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**PRF**



**Acidente nº 18034368B01**

478155

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 230

**KM:** 264,0 - Crescente

**Município:** NAZARE DO PIAUI-PI

**Data:** 09/06/2018

**Hora:** 20:10

**Policial responsável pelo atendimento:** LUSTOSA II, matrícula 2240245

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

\*BO CONFERIDO NO SITE DA PRF EM 09/10/2018.

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:** ✗

**Acostamento:** ✓

**Canteiro central:** ✗

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Plena Noite

**NARRATIVA**

No dia 09/06/2018, por volta das 20h10, no km 264 da BR-230, em Nazaré-PI, ocorreu um acidente, do tipo atropelamento de animal seguido de tombamento, com 02 vítimas lesionadas. O veículo envolvido foi uma motocicleta NXR 150 Bros e um animal do tipo cavalo. Com base na análise dos vestígios materiais identificados e relato de uma das vítimas, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Oeiras-PI / Nazaré-PI, quando, colidiu com um animal. Com o impacto, V1 tombou. A dinâmica do acidente não encontra-se representada no croqui devido o sítio do acidente ter sido desfeito. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi animal na pista de rolamento. Observações: O local do acidente não estava preservado. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. O condutor e o passageiro de V1 foram socorridos pelo SAMU. Em razão da gravidade dos ferimentos, os mesmos foram transportados do local para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI. O veículo V1 não foi encontrado no local. O animal foi encontrado no acostamento. O condutor de V1 não realizou teste de etilômetro, o mesmo encontrava-se no hospital sem condições físicas e sedado devido a uma cirurgia de emergência.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Animal	
2	Tombamento	V1



Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034368B01



**PRF**

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



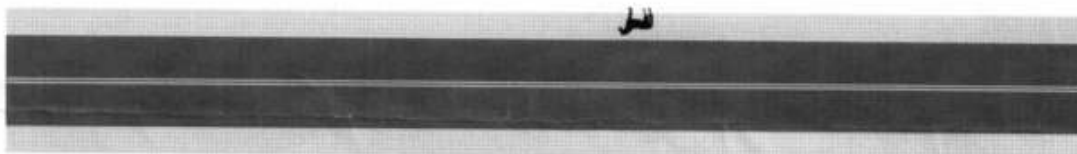
SENTIDO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local do acidente



← NAZARÉ-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DEIRAS-PI →



Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR

**ODW5895**

**Placa:** ODW5895

**País de emplacamento:** BRASIL

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Cor:** Preta

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Veículo não encontrado no local do acidente.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**   
CONDUTOR

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

**Placa do veículo:** ODW5895

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**CPF:** 064.152.993-79

**Data de nascimento:** 23/04/1994

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Ignorado

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Não Habilitado

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** LOCALIDADE TIUBAS, ZONA RURAL, OEIRAS/PI

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Encaminhado ao Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI



Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**



PASSEIRO

**RAIMUNDO DOMINGOS DA SILVA  
BARRETO**

**Placa do veículo:** ODW5895

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Envolvimento:** Passageiro

**Nome:** RAIMUNDO DOMINGOS DA SILVA BARRETO

**CPF:** 075.809.303-90

**Data de nascimento:** 10/12/2000

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Ignorado

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** TIUBA SALINAS, ZONA RURAL, OEIRAS/PI

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Encaminhado ao Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ANTONIO DE CARVALHO BARRETO

CPF da Vítima

064.152.993-79

Data do Acidente

09/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

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

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



Flo-PE, 01 de Outubro de 2018

Local e Data

X Antonio de Carvalho Barreto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

