
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036335

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036335

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036335

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do Acidente: 06/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 168,75

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

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000000638

Conta: 0000096889-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CA
POUPANCA

5067 2251 9908 5962

5067

VÁLIDO ATÉ

03/24

JOSEAN SANTOS RIBEIRO
0638 013 00096889-8

**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: 3200036335
Nome do(a) Examinado(a): Josean dos Santos Ribeiro
Endereço do(a) Examinado(a): CL VI Leao, 17 Qd 07
Alto da Cruz Floriano PI CEP: 64804-020
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.768.444
Data local do acidente: [06/08/2019]
Data local do exame: [30/01/2020] Floriano [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

REFRATURA DA TÍBIA DIREITA.

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

Tratamento: FEZ TRATAMENTO MÉDICO COM DEZ DIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES DE FLORIANO (PI), E CIRÚRGICO COM REDUÇÃO INCRUENTA E COM FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO, FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE, RÉFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

Complicações: TEVE PSEUDOARTROSE.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ DE TER USADO FIXADOR EXTERNO NA PERNA DIREITA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

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

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

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

APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

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


Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
 CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606



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

456 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.000145/2020-57

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Luzardo Ferreira Dos Santos

Data/Hora: 20/01/2020 - 19:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO CAJUEIRO II, Nº:

Complemento

5738 33

Data/Hora

06/08/2019 - 22:10

Bairro

CAJUEIRO II

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Mãe: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

Endereço: CONJUNTO VILA LEÃO Q 7, Nº 17

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9423-5886

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR 160 BROS	2017	PSS0609	9C2KD1000HR000362	01102251876	Preta

Condutor: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

End: CONJUNTO VILA LEÃO, QUADRA 07, CASA 17 Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

Proprietário: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Cidade: FLORIANO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA 06/08/2019, POR VOLTA DAS 22:10 HORAS, PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA, QUALIFICADA ACIMA, PELA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO CAJUEIRO II, NESTA CIDADE, QUANDO BATEU EM UM BURACO, PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO CAIR AO CHÃO, ONDE A REFERIDA MOTO CAIU POR CIMA DA SUA PERNA FRATURANDO A MESMA; QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES, NESTA CIDADE DE FLORIANO-PI, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA PERNA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Kelko Leal Pantoja
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 003.094.913-18 4 - Nome completo da vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO 6 - CPF: 003.094.913-18
7 - Profissão: VEZUEIRO 8 - Endereço: CONJ. VILA LEÃO Q.07 C. 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ATO DA CRUZ 12 - Cidade: FLORIANO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64804-020
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (89) 994235886

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 013.96889 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORIANO-PI 01-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Josean dos Santos Ribeiro

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 003.094.913-18 4 - Nome completo da vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO 6 - CPF: 003.094.913-18
7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: CONJ. VILA LEÃO Q.07 C. 9 - Número: 17 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RIO DA CRUZ 12 - Cidade: FLORIANO 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64804-020
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1891994235886

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0638 CONTA: 013.96889 8 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORIANO-PI 01-01-20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.513.554/0101-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0662651
Data: 06/08/2019
Fundador: RAQUEL

Registro: 104785
Hora: 22:33:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 222

SUS

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS Profissão: PEDREIRO CPF: 063.094.913-18 - RG: 3768444/PI - SUS:
End.: VILA LEÃO, 17 - QUADRA/07 Bairro: ALTO DA CRUZ Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
IBGE: 2203909 Cor: PARDA Mãe: MARIA LUZENA ALVES DOS SANTOS RIBEIRO Pai: VALDIVINO RIBEIRO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsavel: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - O MESMO

Procedimentos

06/08/2019 22:33 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MÍD.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO PLANTONISTA

03.12.19
Sterilanez

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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00638

CONTA: 000000096889-8

Nr. da Autenticação 92995714E644B8B0



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0416754-6

Nº da Nota Fiscal 31802289

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	30/12/2019	175	122,14

MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO
CJ VILA LEAO 17 0-07 C-17 - ALTO DA CRUZ
CPF: 00000808212354

CEP: 64.804-020 - FLORIANO

ROT: 200.800.17.05.027400

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19123	Atual:	23/12/2019
Anterior:	18948	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22/01/2020
Consumo Medido:	175	Emissão:	20/12/2019
Consumo Faturado:	175	Apresentação:	23/12/2019
	FCAM*		
Forma de faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A971079		1.4.1.1	179
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo					
NOV/19	212	CONSUMO	30 A R\$ 0,283975 =	8,51	
OUT/19	193		70 A R\$ 0,486802 =	34,07	
SET/19	229		75 A R\$ 0,730211 =	54,76	
AGO/19	165	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		8,50	
JUL/19	173	DIFERENÇA DE TARIFA		44,64	
JUN/19	192	SUBVENCAO BAIXA RENDA		33,39	
MAI/19	162	CORRECAO MONETARIA IG 10/19-00		0,89	
ABR/19	174	MULTA POR ATRASO 10/19-00		2,63	
MAR/19	182	JUROS POR ATRASO 10/19-00		1,53	
FEV/19	165	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,26		
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,85		
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 30	0,212356				
31 A 100	0,363970				
101 A 175	0,545972				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/01/2020. O não pagamento poderá ocasionar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	31,06	Base de Cálculo:	141,98	110,74				
Energia:	60,01	A alíquota ICMS:	22,00%					
Transmissão:	10,15	Valor do ICMS:		31,23				
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	0,73%	0,81				
Tributos:	35,80	Valor do COFINS:	3,40%	3,76				
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC			FIC			DMIC	DICM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95	3,54	
Atualizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto								
	FLORESTA						10/7019	44 52

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

EDUARDO FILIPE DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ

748.086.803

100

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSEAU DOS SANTOS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.094.913, 18

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEE

da Vítima JOSEAU DOS SANTOS RIBEIRO

inscrito (a) no CPF sob o Nº

063.094.913

18

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 junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA JULIA SOARES</u>	Número:	<u>291</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>TIROCO</u>	Cidade:	<u>FLORIANO</u>	Estado:	<u>PIAUÍ</u>
E-mail:				CEP:	<u>64806-405</u>
				Tel.(DDD):	<u>1891 99423 5886</u>

Local e Data:

Fló - PZ 20-01-20

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

HOSPITAL REG/DATA: 18/08/2019
DR: JOSEAN DOS SANTOS
NASC: 15/11/1994
END: VILA LEAO, 17 - QD
COR: PARDA

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Médico: JOSEAN DOS SANTOS
Data: 18/08/2019
Hora: 13:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha: 222

SUS

JOSEAN DOS SANTOS

JOSEAN DOS SANTOS

Nasc.: 15/11/1994

End.: VILA LEAO, 17 - QD

Cor: PARDA

Telefone:

Endereço:

Clinica: CLINICA MED

Responsável: JOSEAN

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

Endereço:

06/08/2019 13:33

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Res. Técnico

Exame clínico/Fisic

Diagnostico provav

Medicação:

Procedimentos/exa

Exame clínico/Fisic
de L. 12/19
e L. 12/19
Ex. ortopedia

Dr. Josean dos Santos
Médico
CRM 149241

ORTOPEDIA

Exame clínico/Fisic
de L. 12/19
e L. 12/19
Ex. ortopedia

03/12/19
Josean dos Santos

Dr. Josean dos Santos
Médico
CRM 149241

Josean dos Santos

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS

HOSPITAL VASCO M. NUNES



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
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160441973290002
10 - NOME DA MÃE
MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO
12 - ENDEREÇO
VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
104785
9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9944-94896
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2203909
15 - UF
PI
16 - CEP
64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fraturas de fêmur

AIH NOTIFICADA

03/12/19

Florianópolis

AIH DIGITADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

Ausado + Exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL
M84.1
22 - CID SECUNDÁRIO
Y88.1
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0428050861

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06/08/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia Traumatologia

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

40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO 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 AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Osmando de Moraes Andrade
CRM: 1115 - CPF: 018.977.823-87
AUTORIZADOR

81014

22090024.1600



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
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

104785

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160441973290002

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/11/1994

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9944-94896

12 - ENDEREÇO

VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Varicela com febre de 7 dias

03.12.19

Dr. Celso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

Ausente + Exame febre + Rx

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

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/08/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CELSONO ANTONIO MENDES COIMBRA

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

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO 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 AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Identificação	1077309
Data:	06/08/2019
Hora:	23:38

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

Nº AIH
MARIZA

BOLETIM DE ADMISSÃO

104785 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 15/11/1994 - 24 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 37- CENTRO CIRURGICO Leito: SP02 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO Médico: 3918 - CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

CPF: 063.094.913-18 RG: 3768444/pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: VILA LEAO, N° 17 - CEP: 64800-000 Bairro: ALTO DA CRUZ

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

Pai: VALDIVINO RIBEIRO Mãe: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: _/_/_

Alta: _/_/_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

fx de dedo P

03 12 19

30/12/2019

Diagnóstico Provável

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT: 13125

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Evolução Clínica

Atendimento 1077309	Paciente JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO
------------------------	---------------------------------------

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

060819

Paciente com fr. de t. de

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2048 TEOR 13135

03 12 19

Guterlamey



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

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

BOLETIM CIRURGICO

1077309 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data: 06/08/2019

Diag. Cirúrgico:

Pseudo tumor fide

Cirurgia:

Fundus icterico + fix. extern

Descrição da Cirurgia:

- ① Inspeção + toque
- ② Fundus icterico
- ③ Relato icterico
- ④ Pseudo tumor
- ⑤ Curpin

Cirurgião:

Dr. Conquist

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Endos

Anestesista:

Dr. Cifer

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:

03.12.19
Sterilomy

SAUDE
Hospital Regional Tibério Nunes
CNPJ: 06.563.504/0103-02

RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.030.657 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.  SPINE MEDICAL R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> Nº 000.030.657 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 2219 0911 6641 1800 0130 5500 1000 0306 5710 0000 0016 Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190013080399 - 2019-09-06T13:45:12-03 CNPJ 11.664.118/0001-30
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990	INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.		

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO		06.553.564/0103-62	06/09/2019
ENDEREÇO RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N	BAIRRO/DISTRITO MANGUINHA	CEP 64800-000	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/09/2019
MUNICÍPIO Florianópolis	FONE/FAX (89) 3522-1323	UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA 13:46:08

RA/DUPLICATA	
001	Data Vcto. Valor 06/10/2019 1.054,91

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.054,91		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VAL. APROX. TRIB. 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.054,91

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF	
ENDEREÇO R: MAGALHAES FILHO, 175	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	% ICMS	% IPI
006993	0702030422 - FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA SISTEMA DE ALOJAMENTO/TRANSPORTE OSSEO (Ref.: 367 Qtd.: 1 Lote: V11679109) (Ref.: 2345 Qtd.: 6 Lote: V145261515002)	90211020	040	5102	UN	1,0000	1.054,9100	1.054,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PACT: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO) (CONV: SUS) (DR: CONEUNDES P. FILHO) (DATA: 19/08/2019) (HOSP.REGIONAL TIBERIO NUNES)	



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1640

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Josean dos Santos Ribeiro

Nº AIH 104785

PROCEDIMENTO MÉDICO-REALIZADO: Trat cirúrgico de pseudo artrose de Tibia "D"

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Canequinhos

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

06 / 08 / 19

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

19 / 08 / 19

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V11679109 06/2019 03 Anos 267 01 PC

Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO ARTICULADO - F.T. 1014/6

Numero de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.

Estr. Dullio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078

Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858

Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização

Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br

FABRIC.RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO

Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V145261515002 06/2019 03 Anos 2345 06 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Numero de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138

Implantec Materiais Medicos & Hospitalares Ltda.

Estr. Dullio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078

Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858

Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização

Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO

Produto Médico Invasivo - Classe 3

DADOS

EMPRESA:

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM Dr. Canequinhos P. Filho

EM 19 / 08 / 19

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.

03.12.19

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Josean dos Santos Ribeiro</u>						Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____			
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréla	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				03 12 19 Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite	
Sistema Digestivo				Sistema Urinário			
Estado Mental				Corticóides		Atarácicos	
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:	
Agentes Anestésicos		Oxigênio					TOTAL DE DOSES
LIQUIDO		Sóluto 500 Sangue 300 Outros 100					
Temperatura T°		C					SEQUÊNCIA
P. Arterial		38					1
V A Pulso		36					2
Início e Fim Anestesia X		34					3
Início e Fim Operação		32					4
Respiração O		30					5
SÍMBOLO							6
							7
							8
							9
							10
							11
							12
							13
							14
							15
							DURAÇÃO
Técnica: <u>clor</u>		José Rufino de Café R. Filho Médico CRM - PI 4920					Incidentes - Acidentes

**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

1640

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME

Nº AIH

Nº PRONTUÁRIO

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

MATERIAL UTILIZADOCÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V11679109 08/2019 03 Anos 267 01 PC

Nome Técnico: Sistema de Fixação Externa

Nome Comercial: Fixador Externo

Modelo Comercial: FIXADOR EXTERNO ARTICULADO - F.T. 1014/6

Número de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.

Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.

Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078

Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858

Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização

Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br

FABRIC. RECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO

Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:
V145261515002 08/2019 03 Anos 2.345 06 PCS

Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL

Nome Comercial: PINO DE SCHANZ

Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM

Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138

Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.

Estr. Duílio Beltrami, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078

Resp.Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5063950858

Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização

Ver Instrução de Uso em www.implantec-ortopedia.com.br

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO

Produto Médico Invasivo - Classe 3

DADO:

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM

EM

Dr. Consegundes R. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2872 TEL: 7348

Lindoval Ciriano Alves
ENR: COR-01/54.897

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário; 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	José das Santos Ribeiro	D.N.	15/11/94
Data:	19/08/19	Admissão às	17:15
		Prontuário	104.785
Alergia	Relata ter alergia a ^{disponha}	Procedimento realizado	Respostas de Tóbio B

OS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; () Raquí; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

PSIQUILOGISTA: Dr. José CIRURGIÃO: Dr. Gonçalves

LES (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

	15' 17:30	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
	113/62	116/61	125/72					
	56	59	58					
	58	58	100					
0-10)								
Func.	0	0	0					

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Capacidade para sob o ar quando	Capaz de mover os 4 membros	2	X				
	Capaz de mover 2 membros	1	X				
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	X				
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Saturação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	X				
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					03 12 19 Sterilizar
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	X				
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Respiração de gênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	X				
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			09				

ALTA às :

Ass. Médico:

Jose R. Filho
CRM: 4920



CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

03 12 19

Sterilizar

Nome do Paciente: Josean dos Santos Ribeiro Reg. Same: _____
Surgião: Dr. Lamegundes Auxiliar: _____
Instrumentador: Linsoval Circulante: Régia + Jesus
Data: 19/08/19 Início: 16:15 Término: 17:00 Duração: _____
Sala: 05

MEDICAMENTO DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	LABORATORIO	QUANTIDADE	UNIDADE	SUBTOTAL
1 ADRENALINA				
2 ALBUMINA HUMANA				
3 TROPINA				
4 AGUA DESTILADA				
5 AMPICILINA				
6 ADRENOPLASMA				
7 CEDILANIDE				
8 CLORETO DE POTÁSSIO				
9 CREME VAGINAL				
0 COLÍRIO				
1 CEFALOTINA 1g				
2 CLORAFENICOL				
3 DECADRON				
4 DOLASSAL				
5 DORMONID				
6 DOLANTINA				
7 EFORTIL				
8 ETHER ANESTÉSICO				
9 FLAXEDIL				
0 FLEBOCORTID				
GARAMICINA				
GLUCONATO CÁLCIO				
23 HALATONE ML				
24 INOVAL				
25 KETALAR				
26 METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27 MANITOL 20%				
28 METHERGIM				
29 METILCELOULOSE				
30 OCITOCINA				
31 PLASIL				
32 PROSTIGMINE				
33 POMADA OFTALMOLÓGICA				
34 QUELICIM				
35 QUEMICETINA				
36 RINGER-LACTADO				
37 SORO FISIOLÓGICO		2 doses		
38 SORO GLICOSADO				
39 TRANSAMIN				
40 THIONEMBUTAL				
41 VALIUM				
42 VITAMINA K				
43 XILOCAÍNA 0,5% Neocaina p/osea 0,5% 0.1 amp				



HOSPITAL TIBERIO NUNES - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA - CIRURGIA SECUNDARIA - QUIMIOTERAPIA - PRE-OPERATORIO

Nome do Cliente: José dos Santos Ribeiro

Data de nascimento: 15/11/1984

Prontuário: 224285

Enf/Leito: 38/41

Data do Procedimento: 19/08/19

Procedimento Cirúrgico: Ressecção de tumor D

Pulseira de Identificação: X Sim () Não Horário SSW: T: 36.4 FC: 74 bpm FR: 18 irpm PA: 90x70

Glicemia Capilar: mg/dl Acesso Venoso: () Periférico X Central (especificar local, calibre e nº de dias) 18.08 LMS

SNG () SNE () Drenos (especificar):

Jejum X 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 X Não Adornos Retirados: X Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada X
Higienizando: X Sim () Não Tricotomia: () Sim X Não Camisola, gorro e pro-pés: X Sim () Não

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

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário:

Prontuário completo com ficha de internação X Sim () Não Hora do Encaminhamento ao CC: 15:30

OBSERVAÇÕES:

03.12.19
Estelenez

Assinatura e carimbo:

19/08/19

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, José dos Santos Ribeiro 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 e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesta 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;

Floriano (PI), 19 de agosto de 2019

03.12.19

Atorilany

José dos Santos Ribeiro
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

MATERIAL DE SALA

01	ALCOOL	30ul
02	AGULHA DESCARTÁVEL	2 unid
03	ALGODÃO	
04	ABOCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	02 unid
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 unid
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	
16	GASES	06 ptes
17	GESSO	
18	KIT TORÁCICO	
19	LUVA ESTÉRIL	04 pares
20	LUVA DE PROCEDIMENTOS	02 pares
21	LÂMINA DE BISTURI Nº 15	
22	LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01 unid
23	LENTE INTRAOCULAR	
24	MASCARAS	04 unid
25	OXIGENIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60ul
27	POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTÁVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	1 unid
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGENIOTERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURIGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
RECURSOS TERAPÊUTICOS		
01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		
FIOS		
01	CROMADO COM AGULHA Nº	11 VICRYL 8
02	CROMADO S/ AGULHA	12 CERA P/ OSSO
03	FIO DE ALGODÃO	13 FITA CARDÍACA
04	FIO DE SEDA	60 unid descartáveis 04 unid
05	KIT OFTALMOLÓGICO	100 - ptes 11 04 ptes
06	LIG. CLIPS	
07	MONONYLON Nº	
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01 unid
10	VICRYL 0	
RESUMO DO FATURAMENTO		
01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA	
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA	
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPÊUTICOS	

NOME Soreen da Silva

DATA 21/08/19 **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIDROLISADO

02 PANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

~~04 CEEAOTINA 1G-01 AMP IV DE 6/6 HORAS~~

DE DIBONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

~~CC TEL ATIL OAMC 04 AMP IV DF 12/12 HORAS~~

— TRAMMEL 100MC + 100MMI SED 9% IV 8/8 HORAS (S/N)

~~00 - CLEVELAND - 01 AMP SC 1X/DIA~~

00 PI ASII - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

11. CURATIVO

12 SSW + CCGG

Dr. Conegrundoes (1917)

Orthopedia / Traumatologia 7348

CRM: 2572 LEUM 1972

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

#		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
NOME <u>José de Sá</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>09/08/19</u>		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				Ap 29: 50% PA = 10.80	
02. JELCO HIDROLISADO				muito bem - 90% Clínica na -	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINA 10 - 01 AMP IV DE 08 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (5m)					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. GLEEXANE 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
13. Soluto Vioquec					

174.85
ala A

NOME José Maria de Santos Ribeiro
.. PRESCRIÇÃO MÉDICA

... PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 10 103 119

02 - JEI CO HIDROLISADO

~~01 - CEEA OTINA 40 - 11 AMP IV DE CIG HORAS~~

05 DIBIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (8u)

00 TII ATII 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

02 TRAMA 100MC + 100MI SED 9% IV 8/8 HORAS (S/N)

~~VIA CHIEF OF POLICE~~

: 00 PI ASII - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. **КАПТОПРИЛ 25 мг SL се PA > 160x110 mmHg**

11 CURATIVO

12 SSV + CCGG

Dr. Jonathan W. Smith
Orem, UT 84043
801-223-1419
jws@jwsprc.com

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
NOME <u>Felipe dos Santos</u>			<u>41</u>			
DATA <u>11/08/18</u>						
- PRESCRIÇÃO MÉDICA						
01. DIETA LIVRE						<u>Dr. Fábio - pet. Sessão</u>
02. JELCO HIDROLISADO						<u>em Repetição no laboratório</u>
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						<u>coluna cervical</u>
04. GEFALOTINA 100AMP IV DE 6/6 HORAS						<u>Dr. Fábio - Sessão</u>
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						<u>apresentando a seguinte</u>
06. HALOPIRIDOL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						<u>Dr. Fábio - 104X 60</u>
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						<u>mmHg de Anestesia</u>
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC - 12/12 HORAS						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						<u>JP 21:00s unguento</u>
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						<u>JP: 04:00 unguento</u>
11. CURATIVO						<u>Coluna Cervical</u>
12. SSW + CCGG						<u>JP 06:00s pain</u>
						<u>novos pontos unguento</u>
						<u>cui do citur 5</u>
						<u>Coluna Cervical</u>

Dr. Felipe Nunes de Almeida
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PI 4315 / TEOT 14175

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

NOME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
DATA	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<p>NOME: <u>Jorge dos Santos</u></p> <p>DATA: <u>12/08/13</u></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>				
01. DIETA LIVRE				12. 30h. Cliente
02. JELCO HIDROLISADO				em repouso, com
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06		costa, sem que
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				em um movimento
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18	24	06	relata que sentir
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12			mal estar geral
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) //				após adu. de
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA //				(5) por isso não
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //				for. adu. 12/12
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				Quarta - 12/12
11. CURATIVO				AS 21 PA 120/60 mmHg
12. SSVV + CCGG				Leucócitos 121183 TC

Dr. Consegundes P. Filho
 Autógrafo Trein. Biologia
 CRM: 2578 REG: 1348

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO LUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
João dos Santos Ribeiro	A	18	11	
- PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 13/08/17	# Refratório			
01. DIETA LIVRE				OBSERVAÇÕES
02. JELCO HIDROLISADO				14h segue com curativo, diurese, calmo, coqueativo, viruloso, apresenta a
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				deixa, diurese me-
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				deixa. SSVV: PA = 130x80, TA = 36/3, FC = 71. -
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				Sonoro JATSu -
06. FOLIA 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				15/08/19. Ao H:50h, paciente
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				orienta deponente, gástrico de
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA				ba. diurese, eliminação presente
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				de deambulação com auxílio
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				de multas, sem vertigens, com
11. CURATIVO				sem queixas algias no momento
12. SSVV + CCGG				Ao H:50h, realizado SSVV: T = 36,7°C, FC = 21 bpm, R = 21 Rpm
<p>Dr. Carlos Antonio Mendes Cavalcanti Ortopedia e Traumatologia CRM: 33916 / RTO: 15135</p>				
<p>PA = 110x80 mmHg. Ao J8:30h, realizado SSVV: T = 36,2°C, FC = 22 bpm, R = 23 rpm, PA = 120x80 mmHg. CCGG</p>				

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO
FLORIANO-PI

NOME		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED.
JOME <u>Tereza da Silva</u>			18	43	
- PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA	<u>14/08/19</u>				
11. DIETA LIVRE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
12. JELCO HIDROLISADO	OBSERVAÇÕES.				
13. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	As 14h paciente				
14. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (2x novo)	dau. calmo com				
15. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (3x novo)	cúti irritado, de				
16. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (2x novo)	ambulando, com au-				
17. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	xibio, sem desconfor-				
18. GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	tamento, PA=120x				
19. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	80mmHg				
20. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	Idolo Felipe R. dos Santos				
21. CURATIVO	COREN-PI: 583893 - TE				
22. SSVV + CCGG	até segue em repouso,				
	calmo, com ventos orientados,				
	vários calores, urticárias, fongos				
	monetários. Muito dieta				
	apreciada. Kellyane de Carvalho Rocha				
	COREN-PI: 547.094 - ENF				
	12/08/19. As 15h, pacz.				
	coniente, orientada, ga-				
	ria, deambulando com				
	auxílio de muletas, dieta				
	livre, eliminações presentes (+)				
	sem náuseas, sem queixas				
	algumas no momento. As 15h				
	realizado SSVV: T=36,1°C, P=76b				
	R=25 n/min, PA=110x80mmHg. CEE P-				
	Déborah				

SECTARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRI
FLORIANO-PI

JOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI:
Nome: Joreau dos Santos DATA: 18/08/19		18	43	
- PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO MEDICACÃO	OBSERVAÇÕES		
DIETA LIVRE				
JELCO HIDROLISADO				
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
THLATHL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
GLEXANE 40MG - 01 AMP SG 1X/DIA				
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
CAPTAPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
CURATIVO				
SSW + CCGG				

Ex de fibre (pneumo astuse)

ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
18	18	41	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
AS 14:00 H: PD: 112 x 90			
MMHg: FC 86 BPM			
No: 21:00h verificada			
PA: 111 x 66 mmHg			
DSC - Amparo - C			
<p># Ex de tibiê (pronto socorro)</p> <p>NOME <u>João da Silva</u></p> <p>DATA <u>17/08/19</u></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>01. DIETA LIVRE</p> <p>02. JELCO HIDROLISADO</p> <p>03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p> <p>04. CEFAZOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>05. DIFENHIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (8N)</p> <p>06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (8N)</p> <p>07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>08. CEFAZOLINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg</p> <p>11. CURATIVO</p> <p>12. SSVV + CCGG</p>			

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

NOME <u>João dos Santos</u>		ALA	ENF. OU APT. <u>18</u>	LEITO <u>41</u>	ORTOPEDI.
DATA <u>18/08/19</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE			Às 12:00 hr, pct nega		
02. JELCO HIDROLISADO			administração de medicação		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			mento apresenta no item		
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			(05) DIPIRONA, afirma		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			maiores pontos. Tec= Korocho		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			Não verificado PA pela		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)			mentha por falta do equipamentos		
08. GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA			no setor. Tec= Korocho		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			As 8h, pct 13.0/1.4 -		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			Fr Tibiár (D), deambular		
11. CURATIVO			de com auxílio, estável		
12. SSV + CCGG			hemodinamicamente. BCG, KOTC,		
			calor, fono, burguês. Man-		
			Km AVB, MSE, N: 20, D14 108.		
			Acute dubio. Sem quebras		
			alguns até o momento		
			Boys Newman. Conen		

414.290

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

NOME <u>João dos Santos Ribeiro</u>		ALA	ENF. OU APT. 18	LEITO 41	ORTOPED
DATA <u>21/08/18</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		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. DIFENHIDRAMINA 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 SG 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. SSW + CCGG					
13.					

Dr. Carlos Antônio Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 5518 15016 5135

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano-Piauí

Hospital	Florianópolis
Exame	Exame
Data	17/04/19
Ass.	M. V. V. J. L.

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente: Josemar dos Santos
Data de Nascimento: 1 / 1 / 1
Endereço: _____
Município: _____ Nº _____
UF: _____
Dados Clínicos: _____

Exames: Solicitados (Máximo de três do mesmo material)
Dr. Tibério Nunes D. Z. Jr.

Data da Consulta: 17/04/19

Dr. Conseguido P. D. Filho
Diretor de Saúde
CRM 2572

Assinatura e Carimbo do Médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Josean dos Santos Ribeiro
ASSINATURA DO TITULAR

001667

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.768.444 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/07/12

NOME JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

FILIAÇÃO MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO
VALDIVINO RIBEIRO

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 15/11/1994

DOC. ORGEM DO PIAUÍ-PI

CERT. NASC. 6992 L A15 F 296

EXP NAZARÉ DO PIAUÍ-PI 29/04/96

TERESINA - PI

063.094.913-18 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.250/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME EDIMAR ALVES DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA 1585662 SSP PI
	CPF 748.086.903-00
	DATA NASCIMENTO 08/02/1977
PRIMEIRO NOME SEVERO ALVES DOS SANTOS MARIA ELINTE DE S. SANTOS	
PERMISSÃO 0000000000	ACB 000000
CAT. HAB. 00	
OFICIÁRIO 02844278038	VALIDADE 21/11/2020
	EMISSÃO 10/01/1998
OBSERVAÇÕES <div style="height: 60px; border: 1px solid black;"></div>	
ASSINATURA DO TITULAR 	
LOCAL FLORIANO	DATA DE EMISSÃO 25/11/2015
ASSINATURA DO DETRAN 	1456890861 81316457108
DETRAN-PI (PTAU)	

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1235009555

PROVISÓRIO PLASTIFICADA
 1235009555

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012975092786
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

02019 VIA 01201-0280129 ANO EXERCÍCIO
17920 1 01102251876 2019

4533d
46ed1
1321c JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO
9F26c
382bd
06j09
91d90
a0a03
382e8
03c3a 06309491318 PSS-0609
3eb9c
20221
xe685 PSS-0609 9C2KD1000HR000362
10123

PLACA
CHASSI
COMBUSTÍVEL
ESP. COT. UNIC. 00000000

PAS/MOTOCICLO/MENHDA GASOLINA
MARCA/MODELO
HONDA/NXR 160 BROS
CAP/POT/CIL 02P/0162CC
CATEGORIA PARTIC
COR/PREDOMINANTE PRETA
ANO FAB 2016 ANO MOD 2017
COR/PREDOMINANTE E
2016 9C2KD1000HR000362

IPVA
FAIXA IPVA 00000000
PARCELAMENTO/COTAS
PAGO
PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00
COT. UNIC. 00000000
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00
DATA DE PAGAMENTO 05/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO
PBT: 000,29
SEM RESTRICOES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL FLORIANO
DATA 05/07/2019
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 012975092786 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 05/07/2019

VIA 1 COT. UNIC. 06309491318 PLACA PSS-0609

RENAVAM 01102251876 MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS
ANO FAB 2016 CHASSI 9C2KD1000HR000362

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 084,58

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/06/2019

SEGURO OBRIGATORIO
PBT: 000,29
SEM RESTRICOES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SEGURO OBRIGATORIO
PBT: 000,29
SEM RESTRICOES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SEGURO OBRIGATORIO
PBT: 000,29
SEM RESTRICOES
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036335

Cidade: Florianópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data do acidente: 06/08/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: REFRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ DE TER USADO FIXADOR EXTERNO NA PERNA DIREITA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO TORNOZELO DIREITO, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO, E PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO COM O PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, RIGIDEZ ARTICULAR NO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

CPF: 063.094.913-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO : 063.094.913-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 3.768.444 CPF: 063.094.913-18
Endereço: AL. COM. VILA LEAL Q. 7 C. 17. ALTO DA CIMA

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil:
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Julia Soares nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors,e Corretores), para fins especifico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE e DAMS)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Fló-PI-20-01-20
Local e data



Josean dos Santos Ribeiro
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 519 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-066
Fone: (89) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSEAN DOS SANTOS
RIBEIRO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
FLORIANO-PI, 20/01/2020. Selo: AAR69061-B2DF
www.tjpi.jus.br/portalexta.
GIVALDO EMILIO AIRES MIRANDA DO NASCIMENTO-ESCREVENTE
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:45
PROCURAÇÃO PARTICULAR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

Vítima: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

CPF: 063.094.913-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: JOSEAN DOS SANTOS
RIBEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO : 063.094.913-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa