

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno 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](http://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:

063.094.913-18 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

063.094.913-18

7 - Profissão:

Ribeiro

8 - Endereço:

CONJ. VILA LEÃO Q. 07 C.

9 - Número:

17

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALTO DA CRUZ

12 - Cidade:

TOLEIANO

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

64804-020

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

189 994235886

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 063.96889

(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)

Autorizo a Seguradora Lider 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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de 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 atende 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 Lider 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.

MORTE

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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vainas):  Sim  Não

31 - Vítima teveirmãos?:  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 verdafeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

TOLEIANO/PR 01-01-20

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



**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 TIBERIO 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 causalidade: 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Direito**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

*ellayne Ricardo Ramos Bilibio*  
Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio  
CRM/PI - 4606  
SEGURO DE VIDA  
Sociedade de Segurança



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 104346.000145/2020-57**

**Unidade de Registro: 2º 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, N°:

**Data/Hora**

06/08/2019 - 22:10

**Complemento**

**Bairro**

CAJUEIRO II

**Ponto de Referência**

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO**

**Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante**

Mãe: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

Endereço: CONJUNTO VILA LEÃO Q 7, N° 17

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9423-5886

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Marca:** **Modelo:**

1 - HONDA NXR 160 BROS

**Ano:** **Placa:** **Chassi:**

2017 PSS0609 9C2KD1000HR000362

**Renavam:**

01102251876

**Cor:**

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*  
 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - Noticiante  
 Responsável pela Informação

*Lacy Keiko Leal Parába*  
 Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
 Mat.: 196.331-7

# 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:

08.094.913-18 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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:

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

6 - CPF:

08.094.913-18

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Casa

18 - Tel. (DDD):

19 - Celular: 1891944235886

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)

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 08.96889 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

JOAQUIM DA SILVA 01-01-20

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# 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:

08.094.913-18 JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

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:

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

6 - CPF:

08.094.913-18

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

17 - Complemento:

18 - Tel. (DDD):

19 - Celular:

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)

AGÊNCIA: 0638

CONTA: 08.96889 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não teve filhos?

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

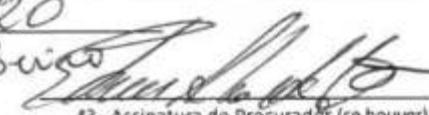
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 2020-01-01

JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/NI,  
MANGUINHA, FLORIANÓ/PI - 64800-000  
CNPJ: 06 513 564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

*Ficha de Atendimento (Acolhimento)*

Atendimento: P0662651

Registro: 104785

Data: 06/12/2019

Horário: 22:33:00

Funcionário: RÁQUEL

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 222

**JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 24 ANOS, 8 MESES, 21 DIAS Profissão: PEDREIRO

CPF: 063.091.913-18 - RG: 3768444/p - SUS

CIVIL: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

End.: VILA LEAO, 17 - QUADRA/07

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: FLORIANÓ/PI

IBGE: 2203909 Cor: PARD

MSC: MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO

PA: VALDIVINO RIBEIRO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO - O MESMO

**Procedimentos**

06/08/2019 22:33 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM AGENCIA 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 M/DE

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

**CONDUTA**

AO PLANTONISTA

03/12/19  
Gsterlany

# 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: 00000096889-8

---

Nr. da Autenticação 92995714E644B8B0



Para contato  
comercial, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO  
0416754-6

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 impostação autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 31802289

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 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: 00000008212354

CEP: 64.804-020 - FLORIANO

ROT: 200.800.17.05.027400

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	19123	Atual: 23/12/2019
Anterior:	18948	Anterior: 25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próximas Leituras: 22/01/2020
Consumo Medido:	175	Emissão: 20/12/2019
Consumo Faturado:	175	Apresentação: 23/12/2019

Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:
			28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Paste	Código Fis.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A971079	1.4.1.1	179	
HISTÓRICO kWh					
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	DIFERENCA 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			
TABELA SEN TRIBUTOS:					
0 A 30	0,212356				
31 A 100	0,36970				
101 A 175	0,525972				

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes./Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de  
11/2019 177,55 energia elétrica a partir de 07/01/2020. O não pagamento pode  
poder ensejar também a inclusão do nome do consumidor na  
SENSA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar  
este aviso.

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

Varia a cada mês entre os dias de vencimento: dia 01, 5, 10, 15, 20 ou 30, entre em contato por meio desse número caso de inconsistência.

RESERVADO AO FISCO		091C-8491-5559-6556-FD09-9016-BE44-CF9A		COMPOSIÇÃO DA FONTE - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,06	Base de Cálculo:	141,98	110,74			
Energia:	60,01	Acréscimo 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							
		DIC		FIC		DMIC	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite:		6,03	12,06	24,12	3,49	6,98	13,95
Realizado:							3,54
Conjunto:		0,00			0,00		0,00
FIM DE TANAN		Período de apuração:		10/2019		Emissor:	
				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](http://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/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edinei Alves dos Santos  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Josean dos Santos Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.094.913-18  
do sinistro de DPVAT cobertura INVAÍDÉE da Vítima Josean 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 Lider-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>391</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>MEDEIROS</u>	Cidade:	<u>Floriano</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64806-405</u>
				Tel.(DDD):	<u>1891 99423 5886</u>

Local e Data: Floriano - PI - 20-01-20



Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DE TOLUCA  
TOLUCA, MEXICO  
MANAGER: DR. J. L. GARCIA  
T. 60-1063, 3200-1063  
CAB. 352, 1/2

JOSEAN DOS SANTOS

JOSEAN DUS S  
Nasc.: 15/11/1994

End: V11A1EAO: 17-01

Ch. VIDA E  
Cor. PARRA

EST. 1949

Clinica: CLINICA MED. A.

Response by JOSEAN: 10/12/2010

— 10 —

### Montage

### Quadratic Equations

## Exame clínico / Físic

## Diagnostico prova

## Medicação:

John M. Atwood Neto  
166-29  
CSA 1-072-91

## Procedimientos/exámenes realizados:

Asst. Yenico

## ORTOPEDIA

Concette schuine de rechte leefstocade-

low jacks like 8

Dr. Otto Hinsche's  
Designated - *Heinrich's*  
20th July 1915

03 12 19  
Sterilane

~~Oppen do~~ - ~~Oppen do~~

Responsive: 1051-1995-5412-9167-5



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES	2365146

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO	104785
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
160441973290002	15/11/1994
10 - NOME DA MÃE	9 - SEXO
MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
12 - ENDEREÇO	11 - TELEFONE DE CONTATO
VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ	(89) 9944-94896
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
FLORIANO	15 - UF
	16 - CEP
	PI 64800-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com frotens de f-lue  
AIH NÚMERADA

03/12/19

Verlamey

AIH DIGITADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Veredade de TTO Ciupy

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

Acidose + Escoplo fuso + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

M 84.1

Y 88.1

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
04080.50861

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

( ) CNS (x) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

06/08/2019

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE  
CRAS/HTV - CPF 013.977.823-07  
AUTORIZADOR

45 - CODIMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF 078.977.823-87

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

22/9/2024, 16:00  
8104

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES.  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES 2365146  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES.  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES 2365146

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE 8 - N° DO PRONTUÁRIO  
JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO 104785  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO  
160441973290002 15/11/1994 Masc. X 1 Fem. 2  
10 - NOME DA MÃE 11 - TELEFONE DE CONTATO  
MARIA LUZENI ALVES DOS SANTOS RIBEIRO (89) 9944-94896  
12 - ENDEREÇO  
VILA LEAO, 17 - ALTO DA CRUZ  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP  
FLORIANO 2203909 PI 64800-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Forcante eae frotens de f. lue*

*03/12/19*

*Detalhado*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*Verificado de TTO laringe*

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SÉCONDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ORTOPEDIA URGÊNCIA ( ) CNS ( x ) CPF  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)  
CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA 06/08/2019 Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE

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

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 49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.  
M220390901

45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( x ) CPF 078.977.823-87

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

*C*

:tendimento	I077309
:data:	06/08/2019
:hora:	23:38

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**L04785 - 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- FLORIANÓ/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:

Diaria de Acompanhante:

Sim

Não

Resultado	Adm.: ___/___/___	Alta: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisciplina	
Transferido _____		

### História Clínica

Fix de diluo P

03/12/19

sterlany

Diagnóstico Provável

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TEOF: 13/05

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

# Evolução Clínica

Atendimento  
I077309

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 fratura clav.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 3918 TEOF 13135

03 12 19  
Guterlany



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N  
MANGUINHA - FLORIANÓ / PI - CEP: 64800-000  
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323  
BOLETIM CIRURGICO

1077309 - JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

Data: 06/08/2019

Diag. Cirúrgico:

Pseudocistis fida

Cirurgia:

Pseudocistis fida + R. de fida

Descrição da Cirurgia:

- ① Despreco f. de fida
- ② Sutura cavigibrio
- ③ Recuperação
- ④ Pseudocistis fida
- ⑤ Curativo

Cirurgião:

Dr. Lourdes

1º Auxiliar:

Redeus

2º Auxiliar:

Dr. Cícer

Anestesia:

RAQUI  
 CAUDAL

GERAL  
 TRONCULAR

OUTRAS:

03/12/19  
sterilency

SANB  
CNPJ: 06.383.300/0100-62

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



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 1

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 da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no  
site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
194729990

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
322190013080399 - 2019-09-06T13:45:12-03

CNPJ  
11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOVAZINHO  
HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

CNPJ/CPF  
06.553.564/0103-62

ENDEREÇO  
RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

BAIRRO/DISTRITO  
MANGUINHA

CEP  
64800-000

MUNICÍPIO  
Florianópolis

FONE/FAX  
(89) 3522-1323

UF  
PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO  
06/09/2019

DATA DE SAÍDA/ENTRADA  
06/09/2019

HORA DE SAÍDA  
13:46:08

RA/DUPLICATA

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

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.054,91
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	1.054,91

TRANSPORTEADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R: MAGALHAES FILHO, 175		TERESINA		PI	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	V.A.P. TRB.
006993	0702030422 - FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA SISTEMA DE ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO (Ref: 367 Qtd.: 1 Lote: V11679109) (Ref: 2345 Qtd.: 0 Lote: V145261515002)	90211020	040	5102	UN	1.0000	1.054,9100	1.054,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

100%  
06/09/2019 13:46:08

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
(PACT: JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO) (CONV: SUS) (DR: CONEGUNDES P. FILHO) (DATA: 19/08/2019)  
(HOSP.REGIONAL TIBERIO NUNES)

RESERVADO AO FISCO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME *Joséan dos Santos Ribeiro*

Nº PRONTUÁRIO *104785*

Nº AIH \_\_\_\_\_ PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: *Trat cirúrgico de pseudo entrose de Tibia 'D'*

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME *Dr. Conegundes*

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.)
	<i>05 und</i>	Loja 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 Número de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.  Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda. Estr. Dílio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078 Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instruções de Uso em <a href="http://www.implantec-ortopedia.com.br">www.implantec-ortopedia.com.br</a> <b>V11679109</b> <b>IMPLANTEC</b> FABRIC. RECOMENDA USO ÚNICO-ESTERIL-ETO Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1
	<i>06</i>	Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade: V145261515002 06/2019 03 Anos 2.345 06 PCS Nome Técnico: PINO IMPLANTÁVEL. 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. Dílio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP:13278-078 Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP:5063950858 Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização Ver Instruções de Uso em <a href="http://www.implantec-ortopedia.com.br">www.implantec-ortopedia.com.br</a> <b>V145261515002</b> <b>IMPLANTEC</b> PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO Produto Médico Invasivo - Classe 3
	<i>06</i>	DADOS

EMPRESA:

ENDEREÇO:

### ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM *Dr. Conegundes P. Filho*

EM *19/08/19*

*CRM: 2672 TEUF: 7348*

Médico Responsável  
(Assinatura e carimbo)

*Lindonil C. Alves*

Responsável pela autorização  
(Assinatura e carimbo)

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

*03.12.19*

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

## Hospital Regional “Tibério Nunes” Floriano - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: Joseph dos Santos Ribeiro Registro: \_\_\_\_\_

Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemla	Dos. Uréla

## Exame de Urina

## Função Respiratória

**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

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

1640

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

Josen dos Santos Ribeiro

Nº AIH

Nº PRONTUÁRIO

104785

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

Trat cirúrgico de Pseudoartrose de Tibia "D"

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE

**MÉDICO RESPONSÁVEL**

NOME

Dr. Conegundes

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.)

03 und

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  
Número de Registro ANVISA: 80046530020 Mat.Fabric.: INOX E ALUM.Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.  
Estr. Duílio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078  
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858  
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização  
Ver Instruções de Uso em [www.implantec-ortopedia.com.br](http://www.implantec-ortopedia.com.br)  
\* FABRICARECOMENDA USO UNICO-ESTERIL-ETO  
Produto Médico Não-Invasivo - Classe 1

V11679109

IMPLANTEC

Lote Número: Fabricação: Validade: Código: Quantidade:  
V145261515002 06/2019 03 Anos 2.345 06 PCS  
Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL  
Nome Comercial: PINO DE SCHANZModelo Comercial: PINO DE SCHANZ ESTERIL DIAM. 5,0 X 200 MM  
Número de Registro ANVISA: 80046530010 Mat.Fabric.: ASTM F138Implantec Materiais Médicos & Hospitalares Ltda.  
Estr. Duílio Beltramini, 8585 - Valinhos/SP CEP: 13278-078  
Resp. Técnico: Agmar A. Bispo CREA-SP: 5083950858  
Armazenamento, Manuseio, Advertências e Esterilização  
Ver Instruções de Uso em [www.implantec-ortopedia.com.br](http://www.implantec-ortopedia.com.br)

V145261515002

IMPLANTEC

PROIBIDO REPROCESSAR - ESTERIL - ETO  
Produto Médico Invasivo - Classe 3

DADOS:

EMPRESA:

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

**ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS**

EM \_\_\_\_\_

EM 19.08.19

Dr. Conegundes P. Filho  
Ortopedia Traum. Ortopedia  
CRM: 22227 TEL: 7348Médico Responsável  
(Assinatura e carimbo)Lindoval Cinziano Alves  
CRM: 22227 ENE: CONEGUNDES/PI 64.897Responsável pela autorização  
(Assinatura e carimbo)

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

**RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Paciente	José da Silva Santos Ribeiro	D.N.	15/11/94
Data:	19/08/19	Admissão às	17:15
Prontuário			104.785

Alergia Relata ter alergia a <sup>diurônico</sup> Procedimento realizado Reparação da Tibia

**DADOS REFERENTES À ANESTESIA**

ANESTESIA: ( ) Geral; ( ) Raqui; ( ) Peridural; ( ) Sedação; ( ) Local; ( ) Bloqueio- Tipo: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Lúcio CIRURGÃO: Dr. Longuinhos

LES (HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_)

	15' (7:30)	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
	113/62	116/61	125/72					
	56	59	58					
	98	98	100					
0-10)								
Func.	0	0	0					

ÍNDICE DE ALDRETE E KROLIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Consciência	Capaz de mover os membros	4	2				
	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					
Intubação	PA 20% do nível pré-anestésico	2		X			
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2		X			03/12/19 Tibério Nunes
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Intubação de gênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2		X			
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0					
	TOTAL	09					

ALTA às \_\_\_\_\_

Ass. Médico: \_\_\_\_\_

*Jose Ribeiro  
03/12/1994  
R. Filho*

## CENTRO CIRURGICO OBSTETRICO

03/12/19

Sterilane

Nome do Paciente: Josean dos Santos Ribeiro Reg. Same: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Trat. liníngios de pseudo artrose de Tibia Sala: 05  
 Cirurgião: Dr. Longuineas Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: Lindoval Circulante: Regia + Jesus  
 Data: 19/08/19 Início: 16:15 Término: 17:00 Duração: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTO DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	LABORATORIO	QUANT.	REP/UNID.	SUBTOTAL
11 ADRENALINA				
12 ALBUMINA HUMANA				
13 TROPINA				
14 ÁGUA DESTILADA				
15 AMPICILINA				
16 ADRENOPLASMA				
17 CEDILANIDE				
18 CLORETO DE POTÁSSIO				
19 CREME VAGINAL				
01 COLÍRIO				
01 CEFALOTINA 1g				
02 CLORAFENICOL				
03 DECADRON				
04 DOLASSAL				
05 DORMONID				
06 DOLANTINA				
07 EFORTIL				
08 ETER ANESTÉSICO				
09 FLAXEDIL				
10 FLEBOCORTID				
11 GARAMICINA				
12 GLUCONATO CÁLCIO				
13 HALATONE ML				
14 INOVAL				
15 KETALAR				
16 METRONIDAZOL INJETÁVEL				
17 MANITOL 20%				
18 METHERGIM				
19 METILCELULOSE				
20 OCITOCINA				
21 PLASIL				
22 PROSTIGMINE				
23 POMADA OFTALMOLÓGICA				
24 QUELICIM				
25 QUEMICETINA				
26 RINGER-LACTADO				
27 SORO FISIOLÓGICO		2 fios		
28 SORO GLICOSADO				
29 TRANSAMIN				
30 THIONEMBUTAL				
31 VALIUM				
32 VITAMINA K				
33 XILOCAÍNA 0,5% <i>Nerocaína peso 200,5g 0,1amp</i>				

**PROTÓTICO DE ENFERMAGEM**  
**TIBERIO NUNES**  
**6-0**

Nome do Cliente: Joelam dos Santos Rubens

Data de nascimento: 15/11/94

Promutário: JOHN 85

Enf/ Leito: 38(4) Data do Procedimento: 19/08/19

Procedimento Cirúrgico: Ressecção de úbere D

Pulseira de Identificação:  Sim  Não Horário SSW: T: 36.4 FC: 24 bpm FR: 19 bpm PA: 80x120

Glicemia Capilar: mg/dl Acesso Venoso:  Periférico  Central (especificar local, calibre e nº de dias) 18/08 Lmse

SNG  SNE  Drenos (especificar):

Jejum  Sim  Não A partir das:

Avaliação Pré-Anestésica:  Sim  Não Avaliação Cardiológica:  Sim  Não Utiliza Anticoagulante:  Sim  Não Último horár

Sítio Cirúrgico Demarcado:  Sim  Não Adomos Retirados:  Sim  Não Utiliza Prótese Dentária:  Sim - Retirada  X

Higienizado:  Sim  Não Tricomoníia:  Sim  Não Camisola, gorro e pro-pés:  Sim  Não

Alergias:  Sim Qual:  Não Exames essenciais disponíveis:  Sim  Não

Antimicrobiano Profilático:  Sim  Horário:

Prontuário completo com ficha de internação  Sim  Não

OBSERVAÇÕES:

03/12/19  
Tiberio Nunes

Assinatura e carimbo: Epíacu 4-11-370

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



**SAÚDE**  
Secretaria do Estado  
da Saúde / SESAPI

**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO



## *Hospital Regional Tibério Nunes*

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Joséon 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 Anestesista 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 Foster dos Santos Ribeiro  
Asterilares Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

## MATERIAL DE SALA

01	ÁLCOOL	30ml
02	AGULHA DESCARTÁVEL	2un
03	ALGODÃO	
04	ABQCATTE	
05	CATIGUTE SIMPLES C/ AGULHA	
06	CATIGUTE SIMPLES S/ AGULHA	
07	CO2	
08	CREPON	02 m <sup>2</sup>
09	COTONETES	
10	DRENO PENROSE	
11	DRENO T	
12	EQUIPO PARA SORO	01 m <sup>2</sup>
13	EQUIPO MICRO GOTAS	
14	EQUIPO PARA TRANSFUSÃO	
15	ESPARADRAPO	
16	GASES	06 pcts
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 m <sup>2</sup>
23	LENTE INTRAOCULAR	
24	MASCARAS	04 m <sup>2</sup>
25	OXIGENIO	
26	POVIDINI TÓPICO	60g
27	POVIDINI DEGERMANTE	60ml
28	POLIFIX	
29	SERINGA DESCARTAVEL 1mm	
30	SERINGA DESCARTÁVEL 3mm	
31	SERINGA DESCARTÁVEL 5mm	1un
32	SERINGA DESCARTÁVEL 10mm	
33	SERINGA DESCARTÁVEL 20mm	
34	SERINGA DE INSULINA	
35	SONDA FOLEY Nº	
36	SONDA NASAL PARA OXIGÊNIOTERAPIA	
37	SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
38	SONDA RETAL Nº	
39	ESCALP Nº	
40	SURIGICAL	
41	GELCIO	
42	USO DE ASPIRADOR DE SECREÇÃO	SIM ( ) NÃO ( )
43	USO DE BISTURI ELÉTRICO	SIM ( ) NÃO ( )

01	SANGUE	
02	PLASMA	
03		
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	Gomas de suture 04 m <sup>2</sup>
05	KIT OFTALMOLÓGICO	pto-pct 04 pcts
06	LIG. CLIPS	
07	MONONYLON Nº	
08	PROLENE Nº	
09	AGULHA PARA RAQUI	01 un
10	VICRYL 0	
01	TOTAL DE MEDICAMENTO DE SALA	
02	TOTAL DE MATERIAL DE SALA	
03	TOTAL DE RECURSOS TERAPÉUTICOS	

Procedimento: Trat. cítricos de peso anexo à Tabela "D"

Dra. Longuini Auxiliar: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dra. Longuini  
ntador: Lindorol Esfermeiro: Lindorol Circulante: Regia + Jesus

### Auxiliar:

Enfermeiro: Lindner Auxiliar: \_\_\_\_\_

Circulante: Regiat 392

THE PAPERS OF THE AMERICAN ACADEMY IN SPAIN  
AND THE SPANISH INSTITUTE OF AMERICA  
ANTHONY SPADILACENIUS  
SOCIETY

Apresentação oral, nome e função de  
aparelhos de audição / Não  
realizado: Não, Não e Não realizando o

de, local cirúrgico, procedimento e nento):  Sim  Não  
 ição:  Sim  Não se todos os profissionais:  Sim  Não  
 Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente: Sítio cirúrgico Número de compressas antes da primeira sutura: 05 m/s

50) O procedimento de anestesia é	Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:</b> Contagem dos instrumentais e agulhas estão
-----------------------------------	--

Qual o tempo previsto para cirurgia? 2h  Sim  Não

Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? ( ) Sim \_\_\_\_\_  
Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição \_\_\_\_\_

39.  4000 p.m.  3000 p.m.  2000 p.m.  1000 p.m.  500 p.m.  250 p.m.  100 p.m.  50 p.m.  25 p.m.  10 p.m.  5 p.m.  2 p.m.  1 p.m.  0,5 p.m.  0,25 p.m.  0,125 p.m.  0,0625 p.m.

Alguns problemas com equipamentos que devem ser resolvidos? ( ) Sim ( ) Não

3. de vias aéreas disponíveis e  
nites? ( ) Sim ( ) Não

Recomendações importantes na  
recuperação pós-anestésica e pós-operatória

PA: 106, X31, SpO2: 100%,  
Consgnado a Dr. A. C. S. B. P. -  
ORL - Medicina - Fisio.

NEFERMEIRO  
LEONARDO CARVALHO  
TEC. EM ENFERMAGEM  
CHIROPRACTOR  
ANESTESIA

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

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

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDU
				OBSERVAÇÕES
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
DATA				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANTIDINA 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. THIAFIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% 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 + CCGG				

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

NOME - PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO	1800	06				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. EFELOTINA 1G - 01 AMP IV DE 0/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. THIAZI 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/8H						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSVV + CCGG						

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
EL ORBIANO-PI**

# 60 do fine

#	Ex de tibia	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
NOME <u>José da Silva</u> <u>rhino</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
	DATA <u>09/08/19</u>				
01.	DIETA LIVRE				
02.	JELCO HIDROLISADO				
03.	RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04.	CEFALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 00 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 SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08.	OLEXANE 40MG - 01 AMP 2/2 HORAS				
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.	Solto Monoparame				

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

+ Fó de hó

Nome Jeferson de Santos Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data 10/08/19

NOME	ALÁ	ENF. OU APT 10	LEITO UJ	ORTOPEDI	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE					15,01- a florzinha	
02. JELCO HIDROLISADO					17-120x200	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					18-00447- Tbc. Abc.	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					19-00256- d'abc	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (8m)		20			20-00256- d'abc	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		21			21-00256- d'abc	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% IV 8/8 HORAS (SN)					22-00256- d'abc	
08. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					23-00256- d'abc	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)					24-00256- d'abc	
10. CAPTOPRIL 25 mg SI se PA > 160x110 mmHg					25-00256- d'abc	
11. CURATIVO					26-00256- d'abc	
12. SSVV + CCGG					27-00256- d'abc	
					28-00256- d'abc	
					29-00256- d'abc	
					30-00256- d'abc	
					31-00256- d'abc	
					32-00256- d'abc	
					33-00256- d'abc	
					34-00256- d'abc	
					35-00256- d'abc	
					36-00256- d'abc	
					37-00256- d'abc	
					38-00256- d'abc	
					39-00256- d'abc	
					40-00256- d'abc	
					41-00256- d'abc	
					42-00256- d'abc	
					43-00256- d'abc	
					44-00256- d'abc	
					45-00256- d'abc	
					46-00256- d'abc	
					47-00256- d'abc	
					48-00256- d'abc	
					49-00256- d'abc	
					50-00256- d'abc	
					51-00256- d'abc	
					52-00256- d'abc	
					53-00256- d'abc	
					54-00256- d'abc	
					55-00256- d'abc	
					56-00256- d'abc	
					57-00256- d'abc	
					58-00256- d'abc	
					59-00256- d'abc	
					60-00256- d'abc	
					61-00256- d'abc	
					62-00256- d'abc	
					63-00256- d'abc	
					64-00256- d'abc	
					65-00256- d'abc	
					66-00256- d'abc	
					67-00256- d'abc	
					68-00256- d'abc	
					69-00256- d'abc	
					70-00256- d'abc	
					71-00256- d'abc	
					72-00256- d'abc	
					73-00256- d'abc	
					74-00256- d'abc	
					75-00256- d'abc	
					76-00256- d'abc	
					77-00256- d'abc	
					78-00256- d'abc	
					79-00256- d'abc	
					80-00256- d'abc	
					81-00256- d'abc	
					82-00256- d'abc	
					83-00256- d'abc	
					84-00256- d'abc	
					85-00256- d'abc	
					86-00256- d'abc	
					87-00256- d'abc	
					88-00256- d'abc	
					89-00256- d'abc	
					90-00256- d'abc	
					91-00256- d'abc	
					92-00256- d'abc	
					93-00256- d'abc	
					94-00256- d'abc	
					95-00256- d'abc	
					96-00256- d'abc	
					97-00256- d'abc	
					98-00256- d'abc	
					99-00256- d'abc	
					100-00256- d'abc	

alo a  
18/4/19

**SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS**

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

NOME	DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
			41	18	41	
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
			HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. THALATIL 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //						
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 4X4DIA //						
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			Dr. Conceyndes P. Filho Obstetra e Ginecologista CRM: 2572 TEL: 7348			

JARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO J. UNES  
FLORIANÓPOLIS

NOME <u>José Gomes Ribeiro</u>		ALIA <u>A</u>	ENF. <u>RJ APT.</u>	LEITO <u>Q1</u>	ORTOPEDU
- PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			13/09
DATA <u>13/08/17</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES			
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO HIDROLISADO	1800				
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
4. CEFALOTINAMAG 01AMP IV DE 6/6 HORAS	1800				
5. DIPRIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
6. FILATIL 20MG 01AMP IV DE 12/12 HORAS	1800				
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
8. CLEPTANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVN + CCGG					

NOME \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SAÚDE - UNES  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRI  
FLORIANÓPOLIS

JOSÉ MARIA DA SILVA SOUZA		ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDICO
DATA 15/08/13		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES	
PREScriÇÃO MÉDICA		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO HIDROLISADO					
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
4. CEFALOTINA 1G - 04 AMP IV DE 6/6 HORAS					
5. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
6. THIAZI 20MG - 01 AMP IV DE 12/42 HORAS					
7. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
8. GLEXANE 40MG - 04 AMP SC 1X/DIA					
9. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSV + CCGG					



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
EL ORIÃO-PI**

# For the fibro (pseudo subsoil)

NOME João da fonte

~~RECEITA~~ PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 17 / AB / 41

01. DIETA LIVRE

02. JELCO HIBRECA  
03. BANTIDINA 50MG - 01AMP IV DE 12/12

04\_GEFAE-CEMAG-04-Antenne-04

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06. TIAIL 20MG - 1 AM - IV ECT 12.12.11  
07. TRAM 100MG + 100M1 SEO 9% IV 8/8

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1914. 10-1250

09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

10. CAPTAIN 23 JULY 1944.

## 12. SSVV + CCGG

# Fx de tibé (prumo c/abciso)		ALTA	ENF. OU APT. /B	LEITO q,	ORTOPEDI
NOME <u>Joséan de fonte Almeida</u>		RELATÓRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
NOME	DATA				
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. <del>01 AMP IV DE 12/12 HORAS</del>					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (8v)					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (8v)					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. <del>01 AMP IV DE 12/12 HORAS</del>					
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					

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

NOME DATA	ALÀ PREScriÇÃO MÉDICA	ENF. OU APT.	LEITO	41	ORTOPEDI
					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO MEDICAÇÃO					OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE					18/12/00 14h, pet nega
02. JELCO HIDROLISADO					administração de medicação
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					mento preventivo 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	12	18	24	06	nao sentiu, Tcc=Kronos
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					nao verificado PR pela
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //					menina, por volta do agendamento
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/1H					no setor. Tcc=Kronos
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //					09h, pet 13 DI 4 -
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					Fr. Tibia D, deambular
11. CURATIVO					de com auxílio, estável
12. SSV + CCGG	Dr. <u>Comendador P. Filho</u> Ortopedista CRM: 2572 - TCC: 7343				hemodrenagem. Bco, note, calço, friso, bandagem. Mar-
					km 149, msc. N: 20, D: 14/10/8.
					Acute debo. Sem queixa
					alguns. est' o momento
					Eros Nervosa. Corre
					414.020

Sociedade Capital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME	ALTA	ENF. OU APT. 41	LEITO 41	ORTOPED
<i>Joaquim dos S. P. Oliveira</i>				
DATA <u>21/08/11</u>	<u>Alta Hospitalar</u>			
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILADE 20MG - 04 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 04 AMP SC 4X/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.				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano-Piauí

Hospital	Floriano
Exame	Exame
Data:	20/10/72
Ass.	Ass. 2572

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome do Paciente: Genoveze dos Santos Souza

Data de Nascimento: 1/1/1940

Endereço:

Município:

Dados Clínicos:

Nº

UF:

Exames: Solicitados (Máximo de três do mesmo material)

Plaue D. Gia

Data da Consulta: 1/10/72

Dr. Domingos P. Dutra  
Floriano - Piauí  
Cidade 2572 Tel: 7348

Assinatura e Carimbo do Médico







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI		Nº 012975092736	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
02019	VIA	012019-0280129	ANTR
17920	COD. REEX-00000000000000000000000000000000	EXERCÍCIO	
50918	1	01102251876	2019
4533d	NOME		
46cd1	JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO		
1321c	*****		
9f26c	*****		
382bd	*****		
06j09	*****		
91d10	*****		
a0a03	*****		
362e8	PLACA		
03c3m	06309491318	PSS-0609	
3eb00	PLACA ANT.	HASSI	
20221	*****		
kg685	PSS-0609	9C2KD1000HR000362	COMBUSTÍVEL
10123	*****		
PAS/MOTOCICLO/ANTR/00000000000000000000000000000000			
MARCA/MODELO			
HONDA/NXR 160 Bros			
CAP/POV/CL		CATEGORIA	
02P/0162CC		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA	
I		1º IPVA	
P		2º	
V	FAIXA IPVA	3º PAGO	
A			
00000000			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00		PRÉMIO TOTAL (R\$) 000,00	
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADO DE PAGAMENTO			
SEGURO DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
PBT: 000,29			
DOC: 000,00 DESENTE OBRIGATÓRIO			
VALOR VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
FLORIANÓPOLIS		05/07/2019	

ADM-FAUTENS DO REGO-LOBÃO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OUPOR S/ENCARGO A PESSOAS) - SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OUPOR S/ENCARGO A PESSOAS)

PI-NR 012975092786 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](http://www.seguradoralider.com.br)

EXERCÍCIO 02010 DATA EMISSÃO 05/02/2011

CPF / CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_

1 06309491318 PSS-080-  
MARCA / MODELO

01102251876 HONDA/NXR 160 BROS

2016 9C2KD1000HR000362

PRÊMIO TARIFÁRIO

FRS (F) 000,00	DEUTSCHE 000,00	000,00
----------------	-----------------	--------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10,00 IOF (R\$) 00,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 084,58

**PAGAMENTO**  **DATA DEQUITAÇÃO**

8

SEGURADORA LIDER - DPVAT

U-2

新嘉坡總理 諸君請勿誤會

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200036335      **Cidade:** Floriano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO      **Data do acidente:** 06/08/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** REFRAUTURA DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ DE TER USADO FIXADOR EXTERNO NA PERNAS 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
		<b>Total</b>	<b>1,25 %</b>	<b>R\$ 168,75</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030716/20

**Vítima:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

**CPF:** 063.094.913-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/08/2019

**Titular do CPF:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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: Brasileiro  
Identidade: 3.768.444 CPF: 063.094.913-18  
Endereço: Rua Cons. Vila Teffé Q. 7.C.17. Bloco 04

## 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, Sincoros, e Corretores), para fins específico 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.

770-PI-20-01-20  
Local e data

2º OFÍCIO

Josean dos Santos Ribeiro

Assinatura do Beneficiario/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)



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

Rua Fernando Marques, 815 - Centro  
Floriano-PI - CEP 64800-066  
Fone: (89) 3522-2527 - E-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSEAN DOS SANTOS  
RIBEIRO, DOU FÉ. EM TEST. July DA VERDADE.  
FLORIANO-PI, 20/01/2020. Sel.: AAR69061-B2DF  
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Walvo 52m  
GEWALDO EMILIO AIRES MIRANDA DO BASCIMENTO-ESCREVENTE  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Sel: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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/08/2019

**Titular do CPF:** JOSEAN DOS SANTOS RIBEIRO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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