

---

**Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032243**

**Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

**Data do Acidente: 05/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILVIO VALDINAR 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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032243

Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVIO VALDINAR 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000097061-0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032243**

**Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

**Data do Acidente: 05/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SILVIO VALDINAR 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, 28 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032243**

**Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

**Data do Acidente: 05/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você







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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003889/2019-63**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 09/10/2019 - 14:02

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. W SALMITO, Nº:

Complemento

Data/Hora

05/10/2019 - 21:35

Bairro

PARQUE PIAUI

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

RG: 000701488

Mãe: LAURA CELESTINA DA SILVA

Endereço: QUADRA 137, CASA 02, CON. PARQUE PIAUI, Nº

Bairro: PARQUE PIAUI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9408-6646

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PÉ A CITADA AVENIDA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, QUE A VITIMA FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 524879. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POL

Silvio Valdinar Ribeiro  
SILVIO VALDINAR RIBEIRO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Laal Parafra  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 195.333-7



# 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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SILVIO VALDINAR RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000097061-0

---

Nr. da Autenticação E99B5A66DBC67918

SEQ.: 00333 UC: 0032539-2 DT.LEIT.: 08/10/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 27688 NORMAL TOTAL: 494,51 CARGA: 011  
DT.VENC.: 15-10-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0252

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

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\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| SETEMBRO/2019 | 01/10/2019 | 162           | 164,27              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

| DADOS DA LEITURA            |        | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual:                      | 13692  | Atual:           | 24/09/2019 |
| Anterior:                   | 13530  | Anterior:        | 26/08/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura: | 24/10/2019 |
| Consumo Medido:             | 162    | Emissão:         | 23/09/2019 |
| Consumo faturado:           | 162    | Apresentação:    | 24/09/2019 |
| Forma de faturamento:       | NORMAL | Dias de Consumo: | 29         |
| Código de Irregularidade:   |        |                  |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |               |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|---------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Méda 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A1484335       |       | 1.1.1.1     | 152           |

| HISTÓRICO kWh  | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|----------------|--------------------------------------|
| Máximo consumo |                                      |
| AGO/19 158     | CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77  |
| JUL/19 151     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74 |
| JUN/19 154     | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01  |
| MAI/19 140     | CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16  |
| ABR/19 143     | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24  |
| MAR/19 153     | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03   |
| FEV/19 204     | MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89       |
| JAN/19 133     | JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43       |
| DEZ/18 136     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47   |
| NOV/18 160     |                                      |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 162 - 0,655310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |               |
|---------------------------|-------|-------------------------|---------------|
| Distribuição:             | 31,07 | Base de Cálculo:        | 147,77 115,26 |
| Energia:                  | 60,00 | Alíquota ICMS:          | 22,00%        |
| Transmissão:              | 10,14 | Valor do ICMS:          | 32,50         |
| Encargos:                 | 4,96  | Valor do PIS:           | 1,40%         |
| Tributos:                 | 41,60 | Valor do COFINS:        | 6,49%         |
|                           |       |                         | 7,48          |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                  |            |       |        |            |       |                         |                     |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|--------|------------|-------|-------------------------|---------------------|
|                             | DIC              |            |       | PIC    |            |       | OMC                     | OICR                |
|                             | Mensal           | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal                  | Mensal              |
| Limite                      | 5,31             | 10,63      | 21,25 | 3,11   | 6,23       | 12,45 | 3,03                    |                     |
| Realizado                   | 0,00             |            |       | 0,00   |            |       | 0,00                    |                     |
| Conjunto                    | TERESINA-MACAUBA |            |       |        |            |       | Período de<br>apuração: | 07/2019 R\$50 53,46 |

ROT: 17.001.31.11.020100

| SEU CÓDIGO                        | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|-----------------------------------|---------------------|
| 0051867-0                         | 164,27              |
| MÊS FATURADO                      | VENCIMENTO          |
| 09/2019                           | 01/10/2019          |
| Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM |                     |

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

**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: 0800-1596 / 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Kyilly Maure de Oliveira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Silvio Valdinar Ribeiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.545.692-06  
do sinistro de DPVAT cobertura Imovel da Vítima Silvio Valdinar Ribeiro  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.545.692-06, 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: 24 de janeiro</u> | Número: <u>554</u>     | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>centro</u>               | Cidade: <u>Tuesma</u>  | Estado: <u>RS</u>                 |
| E-mail: _____                       | CEP: <u>64.000.902</u> | Tel. (DDD): <u>(86) 990724591</u> |

Local e Data: Tuesma - RS 12.11.19

Kyilly Maure de Oliveira

Assinatura do Declarante



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** H. Parque Piauí  
**Nome:** SILVIO VALDINAR RIBEIRO  
**Data do exame:** 25/10/2019

**Id Paciente:** 923PP  
**Data do laudo:** 30-10-2019

**Raio X de Cotovelo Esquerdo**

Controle radiológico pós-operatório de fratura do olecrânio da ulna esquerda. Presença de fios metálicos e pinos metálicos para correção da fratura.

Conclusão: fratura do olecrânio da ulna esquerda. Exame radiológico controle.

---

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 805



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** H. Parque Piauí

**Nome:** SILVIO VALDINAR RIBEIRO

**Data do exame:** 25/10/2019

**Id Paciente:** 923PP

**Data do laudo:** 30-1

**Raio X de Cotovelo Esquerdo**

Controle radiológico pós-operatório de fratura do olecrânio da ulna esquerda. Presença de fios metálicos para correção da fratura.

Conclusão: fratura do olecrânio da ulna esquerda. Exame radiológico controle.

---

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro

Médico Radiologista

CRM-PI: 805



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Silvio Volkmann Ribeiro

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524879

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otávio Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA  
~~NEURO~~ (OK)**BOLETIM DE ENTRADA - BE**NHEO  
08/10/19 8:00

Imp: 05/10/2019 22:23:51

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Estação: ACCR01)

**DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                 |                       |                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>Nome:</b> SILVIO VALDINAR RIBEIRO                                            |                       | <b>Prontuário:</b> 524879 |                            |
| <b>Mãe:</b> LAURA CELESTINA DA SILVA                                            |                       | <b>Pai:</b>               |                            |
| <b>End.Resid.:</b> QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                       |                           |                            |
| <b>Nascimento:</b> 01/04/1970                                                   | <b>Idade:</b> 49a6m4d | <b>Sexo:</b> Masculino    | <b>Fone:</b> 86-99481-2295 |
| <b>Responsável:</b> KLEITON                                                     |                       | <b>CNS:</b>               |                            |
| <b>Profissão:</b> PEDREIRO                                                      |                       | <b>Documento:</b>         |                            |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                              |                       | <b>E.Civil:</b> Ignorado  |                            |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                        |                       |                           |                            |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                       |                                  |                                     |                             |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Código:</b> 744990                                                 | <b>Data:</b> 05/10/2019 22:17:30 | <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU |                             |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) |                                  |                                     | <b>Convênio:</b> S U S      |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não                                                | <b>Acid. Trajeto:</b> Não        | <b>Acid. Trab. Típico:</b> Não      | <b>CID Secundário:</b> V099 |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                                          |                                          |                                |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma:</b><br>TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                    | <b>Evento Principal:</b><br>Dor moderada | <b>Destino:</b><br>ORTOPEDISTA | <b>Classificação:</b><br><b>Amarelo</b>                                                                     |
| <b>Breve História:</b><br>PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM OMBRO E. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. |                                          |                                | <b>Profissional Clas. Risco:</b><br><br>JUCILEIA AGUIAR DA SILVA<br>COREN 177884<br>Em: 05/10/2019 22:23:50 |

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)PACIENTE COM TCE POS ATROPELAMENTO + TRAUMA  
NO COTOVELO E OMBRO (E)TOMOGRAFIA REALIZADA  
DATA 05.10.19 HORA 23:30  
EXAME: COTULVO  
TECNIC: 30: P. MACY

|                             |             |              |             |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------|
| PA ____ X ____ mmHg         | Pulso: ____ | FC: ____ bpm | Temp.: ____ |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b> |             |              | <b>CID:</b> |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Rx: FRATURA DE COTOVELO (Linha de Kellgren)

CO-INTERCONSULTA PARA ORTOPEDIA APÓS  
NENHUM LIBERAR**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento

CID

Dilson Damasceno do Nascimento  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

24 93 95

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>249041</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                              |                                 |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5-Nome: <b>SILVIO VALDINAR RIBEIRO</b>                       | 6 - Prontuário: <b>524879</b>   |                          |                          |
| 7-CNS:                                                       | 8-Nascimento: <b>01/04/1970</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> |                          |
| 11-Mãe: <b>LAURA CELESTINA DA SILVA</b>                      | 12-Fone: <b>86-99481-2295</b>   |                          |                          |
| 13-Resp: <b>KLEITON</b>                                      | 14-Cor: <b>Sam Informação</b>   |                          |                          |
| 5-Ender: <b>QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - CEP: 64000-010</b> |                                 |                          |                          |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b>                                    | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64000-010</b> |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |              |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|----------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:<br><b>PCT VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO . DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO DE ADM, NEUROVASCULAR PRESERVADO. RX - FRATURA OLECRANO<br/>CD: INTERNAÇÃO P/ TTO CIRURGICO</b><br><i>fratura avulsa!!</i> |                          |              |                |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><b>AS ACIMA</b>                                                                                                                                                                                                             |                          |              |                |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):<br><b>RX + EXAME CLINICO ORTOPEDICO</b>                                                                                                                                                |                          |              |                |
| 23-Diagnóstico Inicial:<br><b>Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]</b>                                                                                                                                                                                         | 24-CID Prim: <b>S520</b> | 25-CID Sec.: | 26-CID C.Ass.: |

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                                                                  |                                                                                                                        |                                                                               |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: <b>0408020415</b>                                                | 27-Procedimento Solicitado:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO</b> | Tempo S                                                                       |                                                |
| 29-Clinica:                                                                      | 30-Caráter: Ident.: <b>02</b>                                                                                          | 31-Docum.: <b>01</b>                                                          | 32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 003.695.133-12</b> |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>ANDRE LEAL DE VASCONCELOS</b> | 34-Data Solicitação:<br><b>06/10/2019</b>                                                                              | Dr. LEANDRO PONCE LEAL<br>Ortopedia e Traumatologia<br>C885- Ass. CRM-PI 2608 |                                                |

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

|                                                                                                                               |                     |                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36- ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                  | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No. Bilhete:  | 41-Série: |
| 37- ( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                              | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR:  |
| 38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                             |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

**AUTORIZAÇÃO**

|                                          |                      |                                                                                                           |
|------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:   | 47-Data Autorização: | João Luis Mendes de Mesquita<br>Márcio - HUT<br>50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)                            |
| 48-Documento:                            | 49-Num. Documento:   |                                                                                                           |
| ( ) CNS ( ) CPF                          |                      |                                                                                                           |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: |                      | Assinatura: (CLAUDIO AURELI)<br>Consulta Local: 744990<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 06/10/2019 01:39:18 |



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS  
Fundação Municipal  
de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/10/19

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>Helio Valdo da Silva</i> | PRONTUÁRIO Nº: <i>5027879</i> |
| DIAGNÓSTICO: <i>Fract. ulcero do esquerdo</i> | CIRURGIA: <i>Ortomente</i>    |
| ANESTESIA:                                    | Nº DA SALA: <i>06</i>         |
| CIRURGIÃO: <i>Dr. Leandro Sora</i>            | CPF Nº <i>164 786 998-41</i>  |
| AUXILIAR: <i>Lucas (M2)</i>                   | CPF Nº                        |
| ANESTESIA: <i>Dr. Danilo</i>                  | CPF Nº                        |
| INSTRUMENTADORA: <i>fermy</i>                 | CPF Nº                        |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                                               | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI N. 20                                                                                                     | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7,0                                                                                                                 | PAR    | 04     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 7,5                                                                                                                 | PAR    | 04     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                                        | PAR    | 04     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE                                                                                                            | ML     | 150    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | .      |       | PVPI TÓPICO                                                                                                                 | ML     | 150    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | -      |       | PVPI TINTURA                                                                                                                | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 04     |       | SERINGA 20CC                                                                                                                | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                                                                                                                | UNID.  | 04     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                                                                                                                 | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | .      |       | SERINGA 3CC                                                                                                                 | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO 500 ml                                                                                                     | FRASCO |        |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL                                                                                                               | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. |        |       | <i>Capito 02</i>                                                                                                            |        | 01     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | <p>OCORRÊNCIA</p> <p><i>Elutiods - 05 unid.</i></p> <p><i>Escovas - 03 unid.</i></p> <p><i>Crepom - 02 unid.</i></p>        |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| MONONYLON 3-0           |       | 03     |       | <p>ENFERMARIA:</p> <p>CIRCULANTE: <i>Solange Nogueira</i></p> <p><i>Téc. Enfermagem</i></p> <p><i>COREN-PI: 453.435</i></p> |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| VICRYL 1                |       | 02     |       |                                                                                                                             |        |        |       |
| PROLENO                 |       |        |       |                                                                                                                             |        |        |       |

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Silvio Valdimar Ribeiro

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Leandro

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO OPME: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA:**

~ Fios de Kirschner nº 02 - 02 unid  
~ Cerceagem (fio) -

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do Ombro e Cotovelo  
CRM-PI 2608

Teresina, 07/10/2019

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**

**AUDITOR:**

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

Joana Luisa Mendes Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

|                                                              |                                 |                                |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome do Paciente <i>Helio Valdner Ribeiro</i>                |                                 |                                |
| Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura colúmbica e AN7164</i> |                                 |                                |
| Operação - Tipo <i>Osteossíntese cl. fechada</i>             |                                 |                                |
| Cirurgião <i>Dr. Leandro Ponce</i>                           | 1º Assistente <i>Lucas (R2)</i> |                                |
| 2º Assistente                                                | 3º Assistente                   |                                |
| Instrumentador(a) <i>Felipe</i>                              | Anestesiista <i>Dr. Danilo</i>  | Anestesia <i>BPB + Sedação</i> |
| Teste(a)                                                     |                                 |                                |
| Data da Operação <i>07/10/19</i>                             | Início <i>09:30</i>             | Fim <i>11:30</i>               |
| Diagnóstico Pós-operatório<br><i>O mesmo</i>                 |                                 |                                |

Relatório Imediato do Patologista

- - -

Acidente Durante a Operação

*Não houve*

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Joana Lúcia Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAÚDE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

*Puncto em DHH*  
*Amplia e extirpa; amputação*  
*VERIFICADOS SINAIS DE CRONICIDADE DA FRATURA*  
*COMO FIBROSE E IMPORTANTE ENCONTRAMENTO DO*  
*MÚSCULO TRÍCEPS BRAQUIAL.*

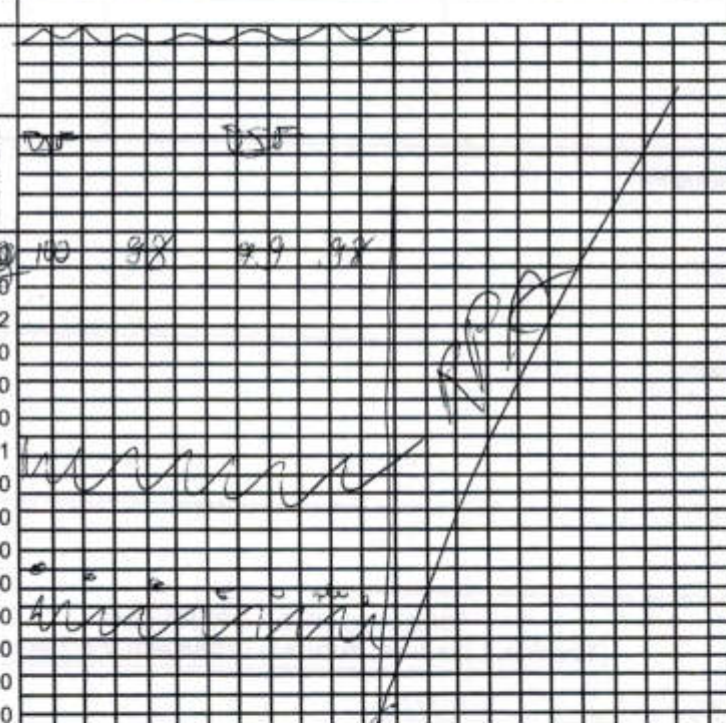
*Alongamos proximal do m. tríceps*  
*Mediana e proximal 2/ grande dificuldade*  
*Fínico a fratura do coracóide cl. fechada*  
*+ PK por 225 11x70*

*Sutura no plúm;*

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM-24608

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

|                                                                   |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE <b>Sélio Valdinar Ribeiro</b>                    |                                        |                                                                                     |                |                  | Nº DE REGISTRO <b>50189</b>                                                |                |
| DATA: <b>07.10.2018</b>                                           | P. ARTERIAL <b>130/88</b>              | PULSO <b>76</b>                                                                     | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO                                                                       | ALTURA         |
| EXAMES DE SANGUE                                                  | GR. SANGÜÍNEO                          | HEMATIMETRIA                                                                        | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA                                                                   | DOS. URÉIA     |
| EXAMES DE URINA                                                   |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                               |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO <b>est. hemod</b>                            |                                        |                                                                                     |                |                  | ELETROCARDIOGRAMA                                                          |                |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                              |                                        |                                                                                     |                |                  | ASMA                                                                       | BRONQUITE      |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                 |                                        |                                                                                     |                | SISTEMA URINÁRIO |                                                                            |                |
| ESTADO MENTAL <b>G=15</b>                                         |                                        |                                                                                     |                | CORTICOIDES      | ATARAXICOS                                                                 | OUTROS         |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                        |                                        |                                                                                     |                |                  | FÍSICOS                                                                    |                |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                     |                                        |                                                                                     |                | APLICADO AS      | EFEITOS                                                                    |                |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                               | OXIGÊNIO                               |  |                |                  |                                                                            | TOTAL DE DOSES |
| LÍQUIDOS                                                          | SO-UTO 500<br>SANGUE 300<br>OUTROS 100 |                                                                                     |                |                  |                                                                            | TOTAL DE DOSES |
| TEMPERATURA T                                                     | C°                                     |                                                                                     |                |                  |                                                                            | TOTAL DE DOSES |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                             | 38                                     |                                                                                     |                |                  |                                                                            | SEQUÊNCIA      |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                          |                                        |                                                                                     | 1              | 2                | 3                                                                          | 4              |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                             |                                        |                                                                                     | 5              | 6                | 7                                                                          | 8              |
| RESPIRAÇÃO O                                                      |                                        |                                                                                     | 9              | 10               | 11                                                                         | 12             |
|                                                                   |                                        |                                                                                     | 13             | 14               | 15                                                                         |                |
| SÍMBOLOS                                                          |                                        |                                                                                     |                |                  | DURAÇÃO                                                                    |                |
| TÉCNICAS <b>Blq. supraclavicular</b>                              |                                        |                                                                                     |                |                  | INCIDENTE - ACIDENTE<br><br><br><br><br>CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |                |
| OPERAÇÕES <b>Fract. do úmero</b>                                  |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| CIRURGIÕES <b>Leandro</b>                                         |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| ANESTESISTAS                                                      |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| Dr. Danilo Marcos M. da Silva<br>ANESTESIOLOGISTA<br>CRM-PI: 5068 |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |
| PARITICULARIDADES                                                 |                                        |                                                                                     |                |                  |                                                                            |                |



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **SILVIO VALDINAR RIBEIRO** (Prontuário: 524879)  
 Endereço: QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 01/04/1970 Idade: 49a6m9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 744990  
 Requisição: 1008819 Solicitação: 05/10/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA  
 Controle: 1327792 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 05/10/2019

### COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente no olecrânio com diástase dos fragmentos ósseos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **SILVIO VALDINAR RIBEIRO** (Prontuário: 524879)  
Endereço: QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 01/04/1970 Idade: 49a6m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 744990  
Requisição: 1008831 Solicitação: 05/10/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA  
Controle: 1327825 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/10/2019

**T.C. DE CRANIO**

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

**RELATÓRIO:**

- FRATURA CRANIANA PARIETAL BILATERAL.
- PEQUENAS CONTUSÕES HEMORRÁGICAS CORTICAIS NAS REGIÕES FRONTAL BASAL DIREITA E PARIETAL ESQUERDA.
- ÁREA HIPODENSE MAL DELIMITADA EM SUBSTÂNCIA BRANCA PARIETAL ESQUERDA, INESPECÍFICA.
- HEMATOMA LAMINAR SUBDURAL NA CONVEXIDADE PARIETAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2019

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **SILVIO VALDINAR RIBEIRO** (Prontuário: 524879)  
Endereço: QD:138 CS:02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 01/04/1970 Idade: 49a6m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249041  
Requisição: 1009525 Solicitação: 07/10/2019 Solicitante: LUCAS ARAUJO SILVA  
Controle: 1329305 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 08

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/10/2019

**COTOVELO ESQUERDO**

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada no olecrânio fixado com fios metálicos.
- Aumento de volume e bolhas gasosas de permeio em partes moles.

- Conclusão:
- Controle de osteossíntese.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus "chefes e chefes".

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

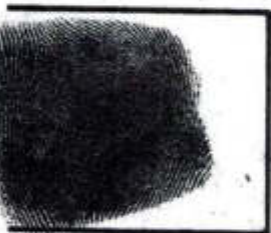
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

76.843

00005-RO

Número 76.843 Série 00005-RO



Polgar Direito

Salvio Valdinar R. Beiro  
ASSINATURA DO PORTADOR

CARTEIRA DE TRABALHO E



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E DA  
PREVIDÊNCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Alma Saldanha RibeiroLoc. Nasc. Clay ParkEst. RO Data 19 / 04 / 1970Filiação Edvaldo Ribeiro da Silva e Maria Aurorada SilvaEst. Civil solteira Doc. Nº 2.114Fis. 560 Liv. 1 Reg. Civil 1.114

Outro doc. ....

Situação Militar: .....

Doc. .... Nº ..... Órgão ..... Est. ....

Naturalizado Dec. Nº ..... Est. .... / .... / .....

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: .....

Doc. Ident. Nº ..... Exp. em .... / .... / .....

Estado: .....

Obs.: .....

Data Emissão 09 / 02 / 94 DRT 11111P.O. Moreira

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....

Doc.: .....

Nome: .....

Doc.: .....

Nome: .....

Doc.: .....

Est. Civil: .....

Doc.: .....

Est. Civil: .....

Doc.: .....

Nascimento: .....

Doc.: .....



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**015.545.692-06**

Nome

**SILVIO VALDIÂNAR RIBEIRO**

Nascimento

**01/04/1970**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: SILVIO VALDINAR RIBEIRO  
RG: 8045695 Orgão Emissor: SSP-PI  
CPF: 015.545.692-06 Nacionalidade: BRASILEIRO  
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: Pedreiro  
Endereço: q. Parque Pici nº 02 Nº 02  
Bairro: Parque Pici Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: TERESINA-PI  
Telefone: 86 98807-7870 ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira  
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte  
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí  
Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: SILVIO VALDINAR RIBEIRO  
CPF: 015.545.692-06 Data do Acidente: 05/10/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

TERESINA 21 NOVEMBRO 2019  
Local e data  
Silvio Valdinar Ribeiro  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO  
DIGITAL  
ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua (Luzandro) Nogueira, 123 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-8119 - E-mail: [artorio3@cartorio3.com.br](mailto:artorio3@cartorio3.com.br)  
Titular: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SILVIO VALDINAR RIBEIRO DOU FE EM TEST DA VERDADE.  
Teresina-PI, 21/11/2019. Selo: AAMB0678-PR1K  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escritor Autorizado  
Em: 13/05/2019 - TJ: 0,77 FICHP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 367  
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Eduardo Denis do Vale Barreto  
Escritor Autorizado  
Teresina-PI

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027290/20

**Número do Sinistro:** 3200032243

**Vítima:** SILVIO VALDINAR RIBEIRO

**CPF:** 015.545.692-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 05/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SILVIO VALDINAR RIBEIRO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 17/02/2020  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020  
Nome: JEAN CARLOS CARLI  
CPF: 439.543.160-72

JEAN CARLOS CARLI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200032243 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO VALDINAR RIBEIRO **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.7/9\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                      | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>cotovelos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                               |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# 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: 015.545.692.06 3 - CPF da vítima: 015.545.692.06 4 - Nome completo da vítima: Silvio Valdina 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: Silvio Valdina Ribeiro 6 - CPF: 015.545.692.06  
7 - Profissão: Ribeiro 8 - Endereço: Cj. Parque Piau 9 - Número: 02 10 - Complemento: 00.137  
11 - Bairro: Parque Piau 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.025.490  
15 - E-mail:  16 - Tel.(DDD): (86) 990729591

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: 2004 013 CONTA: 97061 0  
(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 (vai 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, Teresina - Piauí 04.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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: **3200032243**

Nome do(a) Examinado(a): **SILVIO VALDINAR RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Quadra Parque Piauí, 02 - Teresina - PI - CEP 64025-490**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **8045695**

Data e local do acidente: [ **05/10/2019** ] **AV W SAMITO PARQUE PIAUI TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **27/02/2020** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.**

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

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20º) DO COTOVELO ESQUERDO, COM DEFORMIDADE ÓSSEA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. ALTA DO TRATAMENTO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do cotovelo esquerdo**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Cotovelo esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 22/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO**



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI