

# 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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04623

CONTA: 000000013909-2

---

Nr. da Autenticação 2306ECB908FDDADC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180390126 **Cidade:** Milton Brandão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.  
FRATURA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HALUX - FIO). PARA OS DEMAIS, TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                         | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

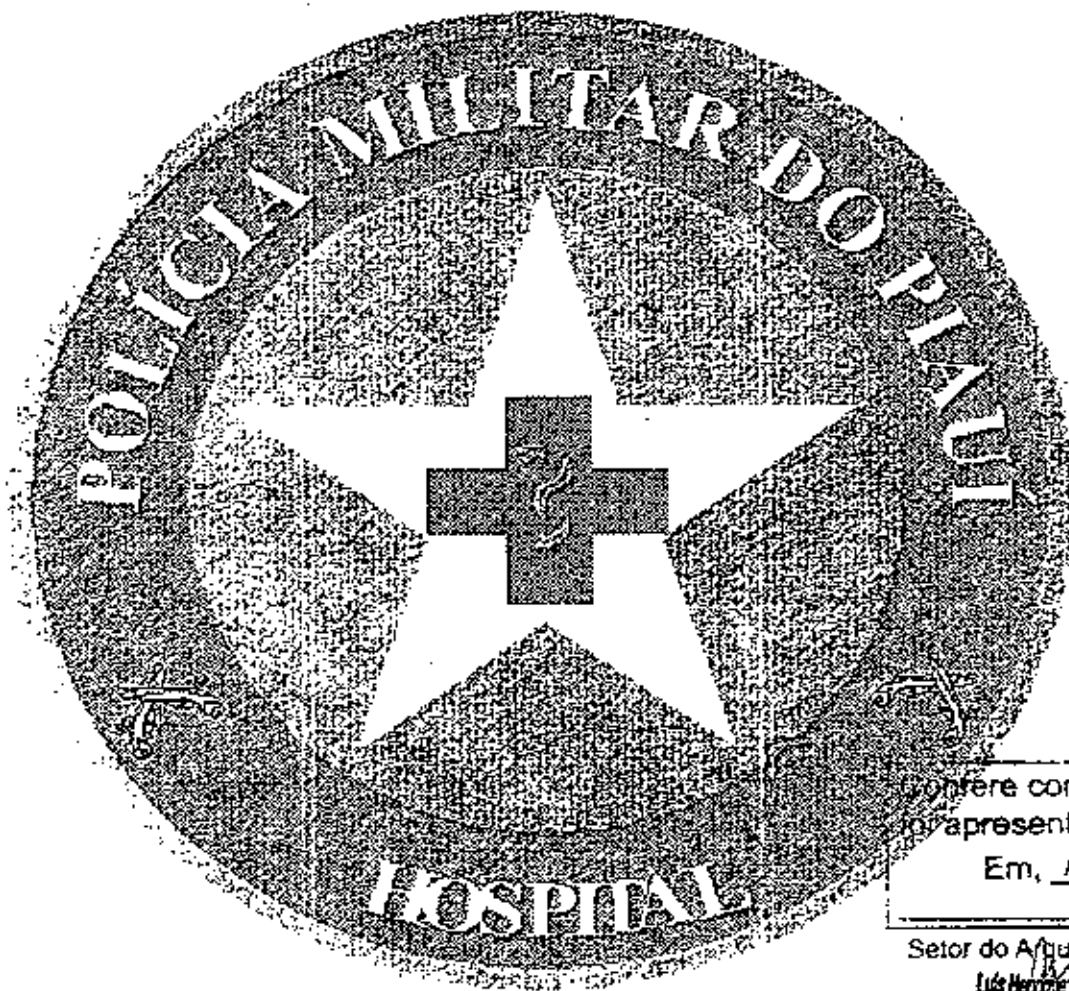
**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Conferir com o(a) original que  
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 19/10/18

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

*Luiz Henrique Passos Reis*  
1º TEN. PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI  
RG: 105198193-2 / IN: 14495-9

NOME DO PACIENTE: JOÃO NORBERTO FERREIRA DE SOUZA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 355774/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

*18*

08/05/2018

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE**

**Número do Laudo:** 90897

**Orgão Emissor:**

M221100001

**Paciente:** JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

**Nascimento:** 05/02/1976

**Procedimento:**

0408050470 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO  
FISARIA DOS PODODACTILOS

**CID:**

S924 - FRATURA DO HALUX

**Data da Solicitação:** 05/05/2018

**Data da**

**Autorização:** 05/05/2018 20:46:47

**AIH.:** 2218100254645

**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

*Autorizador*

**Operador:**

**Atendimento (Data, Hora):** 08/05/2018 10:01:10

  
Luis Henrique Vasconcelos Reis - 25.128.124  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 90897

AIH: 2218100254645

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                 |                                 |                                   |                             |               |
|-----------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|
| CARTÃO SUS      | NOME DO PACIENTE                | NASCIMENTO                        | SEXO                        | PRONTUÁRIO    |
| 709201271078232 | JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA | 05/02/1976                        | M                           | 365774        |
| DOCUMENTO CPF   | TELEFONE                        | NOME DA MÃE                       | RESPONSÁVEL                 |               |
| 365240102       |                                 | MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA | IRANILTA DOS SANTOS PEREIRA |               |
| CEP             | ENDEREÇO - LOGRADOURO           |                                   |                             | NUMERO / LOTE |
| 04253000        |                                 |                                   |                             | 18            |
| BAIRRO          | COMPLEMENTO                     | MUNICÍPIO                         | UF                          |               |
| CCENTRO         |                                 | MILTON BRANDAO                    | PI                          |               |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTOCONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
RXPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
FRATURA DA DIAFISE DE FALANGE PROXIMAL DO PRIMEIRO PODODACTIL DO PE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S924 - FRATURA DO HALUX

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050470 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO  
CONSELHO))CARATER  
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/05/2018

LUIZ MAR JESUS FORTES JUNIOR

CPF: 02359497367

CRM:

DATA ADMISSÃO

05/05/2018 20:00

DATA ALTA

05/05/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO  
CONSELHO))NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /  
AUDITORIA

LUIZ MAR JESUS FORTES JUNIOR

CPF: 02359497367

CRM:

DATA ANÁLISE: 05/05/2018 20:46:47

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*[Assinatura]*  
LUIZ MAR JESUS FORTES JUNIOR  
CPF: 02359497367  
CRM: 105198193-2 / MAI. 14435 9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                             |                            |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b> | 2 - CNES<br><b>2323451</b> | Atendimento<br><b>649250</b> |
| 3 - Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>  | 4 - CNES<br><b>2323451</b> |                              |

## Identificação do Paciente

|                                                    |                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 5 - Nome: <b>JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA</b>   | 6 - Prontuário: <b>365774</b>            |
| 7 - CNS: <b>709201271078232</b>                    | 8 - Nascimento: <b>05/02/1976</b>        |
| 9 - Sexo: <b>M</b>                                 | CPF: <b>86-9.81270180</b>                |
| 11 - Mãe: <b>MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA</b> | 12 - Fone: <b>86-9.81270180</b>          |
| 13 - Resp: <b>IRANILTA DOS SANTOS PEREIRA</b>      | 14 - Cor: <b>PARDA</b>                   |
| 15 - Ender: <b>PROJETADA</b>                       | 18 - CENTRO                              |
| 16 - Munic: <b>MILTON BRANDAO</b>                  | 19 - CEP: <b>64253-000</b>               |
| 17 - Cod. IBGE: <b>220635</b>                      | 18 - UF: <b>PI</b> RG: <b>36524-0102</b> |

## Justificativa da Internação

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:<br><i>fratura da tíbia com fratura da fíbula</i>                  |
| 21 - Condições que justificam a internação:<br><i>do trauma</i>                                               |
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)<br><i>fratura da tíbia</i> |
| 23 - Diagnóstico Inicial:<br><i>Fratura da tíbia</i>                                                          |
| 24 - Cid Princ.: <b>3023</b>                                                                                  |
| 25 - Cid Sec.: _____                                                                                          |
| 26 - Cid C.Ass.: _____                                                                                        |

## Procedimento Solicitado

|                                                                          |                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 28 - Cod. Proced. <b>27</b>                                              | 27 - Procedimento Solicitado:<br><i>Tratamento cirúrgico</i> |
| 29 - Clínica:<br><b>POSTO II</b>                                         | 30 - Carater.: <b>02</b>                                     |
| 31 - Documento:<br><b>CPF 65265386491</b>                                | 32 - Doc. Med. Solic.<br><b>65265386491</b>                  |
| 33 - Nome Profissional / Assistente<br><b>EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR</b> | 34 - Data de Solicitação:<br><b>05/05/2018</b>               |

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

|                                                                                                                             |                       |                    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| 35 - ( ) Acidente de Trânsito.                                                                                              | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bilhete.  | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.                                                                                       | 40 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE, Empresa | 44 - CEOR. |
| 36 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetado.                                                                                    |                       |                    |            |
| 46 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado. |                       |                    |            |

## Autorização

|                                        |                                             |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 45 - Nome do Profissional Autorizador  | 47 - Data Autorização:<br><i>05/05/2018</i> |
| 48 - Documento                         | 49 - Num. Documento                         |
| 50 - Ass. Controlador (RG Controlador) |                                             |

|                                                                                     |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Tranquilidade do senhor paciente</i> | Usuário: <b>LUIZA SOBRINHO</b><br>Consulta Local:<br>Consulta SUS:<br>Impressão: <b>19/05/18</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

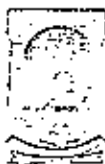


# Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



## FOLHA DE INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>INTERNOU-SE NO HOSPITAL</b><br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    | <b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>                                                                                     |                                                                                                                                                       | 05/05/2018             |
| <b>IDEM OUTROS HOSPITAIS</b><br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    | Nome: JOSÉ NORBERTO FERREIRA DE SOUSA                                                                          |                                                                                                                                                       | Pront.: 365774         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    | Nas.: 05/02/1976 Sexo: M                                                                                       | Convênio: SUS - INTERNACAO                                                                                                                            |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    | Atendimento: 649250                                                                                            | Enfermaria: POSTO II                                                                                                                                  | Leito: 204             |
| CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    | Pat: ANTONIO GONCALO DE SOUSA                                                                                  |                                                                                                                                                       |                        |
| Médico Assistente                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                    | Mãe: MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA                                                                         |                                                                                                                                                       |                        |
| Permanência                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    | RG: 365240102                                                                                                  |                                                                                                                                                       |                        |
| CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    | Residência:                                                                                                    |                                                                                                                                                       |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    | PROJETADA<br>Nr.: 18<br>Cep: 64253000                                                                          |                                                                                                                                                       |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    | Bairro: CENTRO<br>Cidade: MILTON BRANDAO<br>Telefone: 86 - 981270180                                           |                                                                                                                                                       |                        |
| Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| Paciente com queixa de lesão por trauma do pé e<br>após atendimento de urgência                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| Provisório: Fratura de metacarpo 5º do 1º dedo                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       | CID 5933/592           |
| Principal:                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       | CID                    |
| Procedimento:                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       | 0408050420             |
| Sintomas e Sinais Principais:                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       | Causa Médica           |
| Fratura exposta do 5º dedo<br>dor muito forte                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       | Histo - Patológica:    |
| TRATAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| Tipo:                                                                                                                                                                                                                                                                        | Terapêutica Médica                                                                                                                                                 | Operação                                                                                                       | Eficácia                                                                                                                                              |                        |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgia<br><input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico                                                                                                             |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgia<br><input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |                        |
| <b>DURAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| Data/Hora de Internação<br>05/05/2018 19:27:45                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                    | Data da Alta:                                                                                                  |                                                                                                                                                       | Data da Hospitalização |
| <b>ALTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| Saída                                                                                                                                                                                                                                                                        | Transferência                                                                                                                                                      | Óbito                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                        |
| <input type="checkbox"/> Curado<br><input checked="" type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido<br><input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico                                                           | <input type="checkbox"/> Divisão Médica<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Evasão<br><input type="checkbox"/> P. Ambulatório | <input type="checkbox"/> Fisiologia<br><input type="checkbox"/> Psiquiatria<br><input type="checkbox"/> Outros |                                                                                                                                                       |                        |
| <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |
| THE / / Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                                                                                                       |                        |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



## BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 01 MAY 1 2017

Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_

CÓD DA CIRURGIA: 0407050420

**Descrição da Cirurgia:**

Fiducia deposita de 1 meso: ho 8 dias.

1) fct en D Du neq ambu

2) Алгебра чисел

3/60 nos

4/1000000 570.9% abundance

5/ Fila cost de 1 Orto

6) me

5/ future

**Cirurgia:**

**Cirurgião:**

1° Auxiliar:

2º Auxiliar:

3° Auxiliar:

instrumentador:

**Circulante:**

Jose de Jesus Machac.  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-PI 626.232

ESP/PA 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Cofre do Setor de Arquivo Técnico.



DATA: \_\_\_\_\_  
Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_  
CÓD. DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

| ORIGEM | SEQUENCIA |
|--------|-----------|
|        |           |

✓ Todd M  
✓ Anne  
✓ Walter  
✓ Vito  
✓ Pete  
✓ MC  
✓ Bill  
✓ Neil  
✓ Terry  
✓ Mark

8130 96  
DURASCO 70

Técnica Especial: 92  
Comentarios Adicionales: Atención + sonidos

8400 7064 400 10/10/64 400 10/10/64  
 8400 7064 400 10/10/64 400 10/10/64  
 8400 7064 400 10/10/64 400 10/10/64  
 8400 7064 400 10/10/64 400 10/10/64  
 8400 7064 400 10/10/64 400 10/10/64

|                                         |                                      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Spirometro  |
| <input type="checkbox"/> PAM            | <input type="checkbox"/> Capnografia |
| <input checked="" type="checkbox"/> PNI | <input type="checkbox"/> PVC         |

| Case   | State | Index | Page | Time |
|--------|-------|-------|------|------|
| Case 1 |       |       |      |      |
| Case 2 |       |       |      |      |
| Case 3 |       |       |      |      |

| Medicamentos Utilizados   |                          | Medicamentos Utilizados          |                           |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Adrenalina _____ Amp      | Dofetilina _____ Amp     | Midazolam _____ Fr               | Propofol _____ ml         |
| Agua dest. 18ml _____ Amp | Droperidol _____ Amp     | Metoprolol _____ Fr              | Ranitidina _____ Amp      |
| Atropina _____ Amp        | Etoril _____ Amp         | Nocodina Ppt 0.5% _____ Amp      | Quetiapina _____ Amp      |
| Betax _____ Amp           | Efedrina _____ Amp       | Narcan _____ Amp                 | Quetiapina _____ Amp      |
| Protaprida _____ Amp      | Enflurano _____ ml       | Novabup _____ Fr                 | Remifentanyl _____ Fr     |
| Guafenesina 1g _____ Fr   | Fentanyl _____ ml        | Nubain _____ Amp                 | Singer-lactado _____ Fr   |
| Guafenesina _____ Fr      | Fentanyl (S/C) _____ Amp | Neocelina _____ Fr               | S. Fentanyl 0.5% _____ Fr |
| Guafenesina _____ Fr      | Hafoleno _____ ml        | Neocelina E. 5% isobar _____ Amp | S. Glucosado 5% _____ Fr  |
| Guafenesina _____ Fr      | Hydrocortisona _____ ml  | Neostigmina _____ Amp            | Soda 0.9% _____ l/ed      |
| Guafenesina _____ Fr      | Isoflurano _____ ml      | Omeprazol _____ Fr               | Tenax _____ Amp           |
| Guafenesina _____ Fr      | Jelco 0.1 _____ Und      | Ondasetron _____ Amp             | Ticlid _____ Fr           |
| Guafenesina _____ Fr      | Lidocaina _____ Fr       | Poliso Gel _____ Fr              | Ticlid _____ Fr           |
| Guafenesina _____ Fr      | Metaclopramida _____ Amp | Pancuronio _____ Amp             | Ticlid _____ Fr           |
| Guafenesina _____ Fr      | Manitol _____ Fr         | Protetina _____ Fr               | Ticlid _____ Fr           |

~~SECRET~~



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II  
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA  
Rua Antonio Senigra, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí  
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-5122  
e-mail: getiranap2@hotmail.com

H.P.M. Hospital  
da Polícia  
Militar

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Para: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente:

Jose Norberto Fereira de

End.: do Paciente:

Rua São Gonçalo, Miller, Fátima

Responsável pelo paciente (Acompanhante)

Brando - PT

RG: 709 2012 7107 82.32

DN: 05/02/76

DADOS CLÍNICOS: Sinais: 2018.0430.0565.54

Paciente 42 anos vítima de  
acidente de trânsito, apresenta  
fratura fechada da falange

proximal do primeiro metacarpo  
da mão esquerda.

Estável, sem comorbidades

Necessidade de cirurgia  
ortopédica.

Pedro II (PI)

30/04/18

13:50hrs

guardando nota

Médico Responsável

Dr. Diego Torres  
LEMO  
CRM 105198193-2

Leandro Vasconcelos Reis  
CRM 105198193-2 / Matr. 34455-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032414  
NOME.....: JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA  
MÉDICO SOLIC: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
DATA LAUDO...: 07/05/2018  
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/05/2018

IDADE: 42 anos

CRM: 3349-PI

CÓDIGO: 32771

### RX PE ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na falange distal do halux.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura no pé esquerdo.

*Ivan Fontenele Gomes*

IVAN FONTENELE GOMES  
CRM-2426-PI



Telefone: (86) 3227-6265  
Fax: (86) 3216-1520

*Wellington*  
1º TENente Wellington Paschoa dos Reis 1º TENente FM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

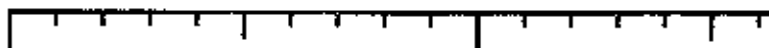
HP/MP1

JOSE NORBERTO PEREIRA DE SOUSA

Matr: 042Y

Stat: M

E



E



10.11.2016  
LTC Henrique Vitorino de Paiva 32 TEN PM  
RGPM 105198133-2 / Mat. 14453-9  
Linha 60 Setor do Arquivo Técnico

REC: 020

REC: 1063

Guest

Entrada: 03/03/2016 Hora: 10:47

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 707032415  
NOME.....: JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA  
MÉDICO SOLIC: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
DATA LAUDO....: 07/05/2018  
CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/05/2018  
IDADE: 42 anos  
CRM: 3349-PI  
CÓDIGO: 32771

**RX TÓRAX**

O estudo radiológico do tórax realizado nas incidências em PA e perfil, demonstra:

- Campos pulmonares de transparência normal.
- Hilos e trama vascular pulmonar conservados.
- Ângulos e cúpulas diafragmáticas livres.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Coração de configuração e dimensões normais.
- Fraturas em arcos costais nono e décimo, seguimentos posteriores direitos.
- Arcos costais esquerdos não visualizados em sua totalidade.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Fraturas em arcos costais direitos.

**IVAN FONTENELE GOMES**  
CRM-2426-PI

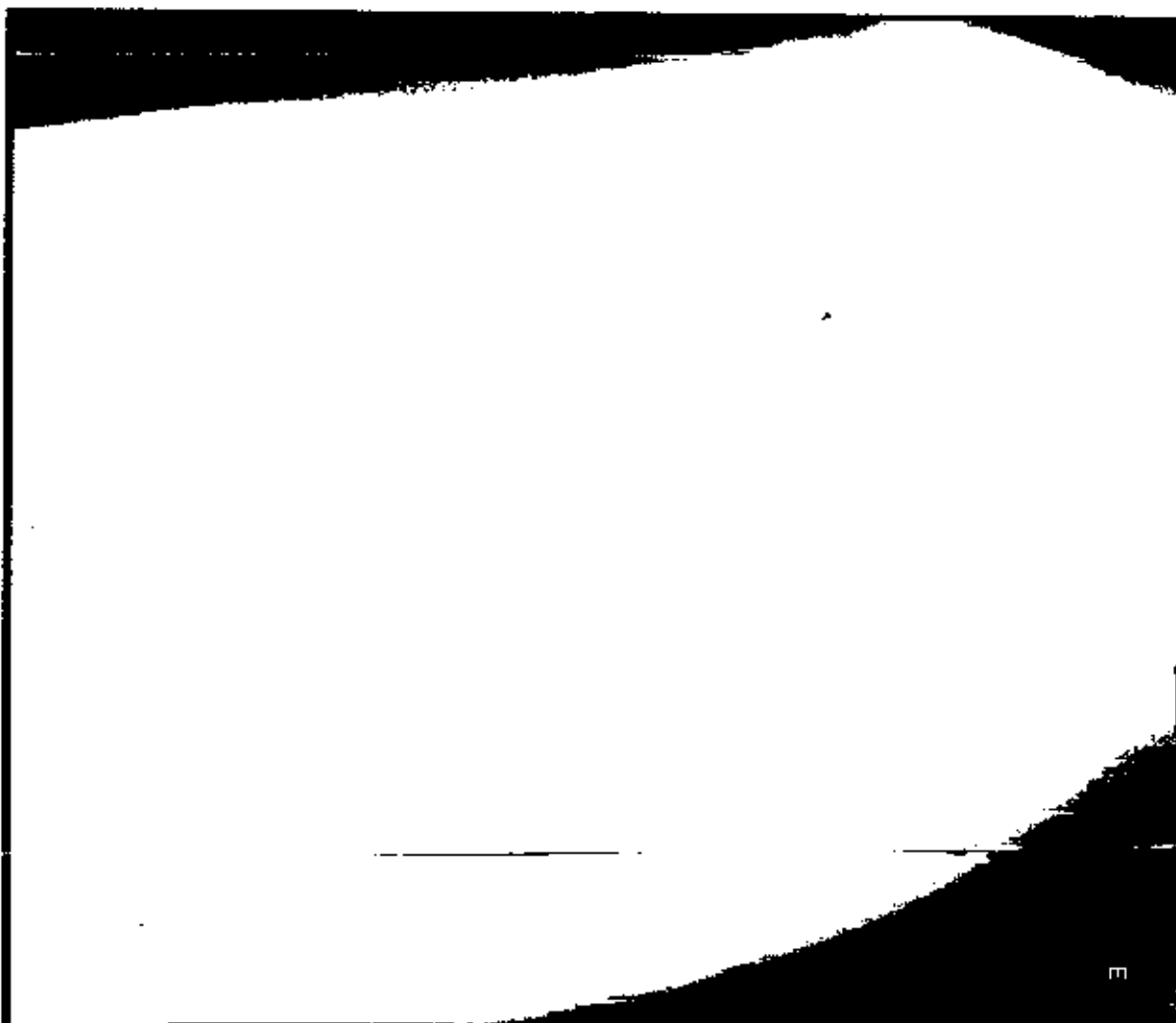
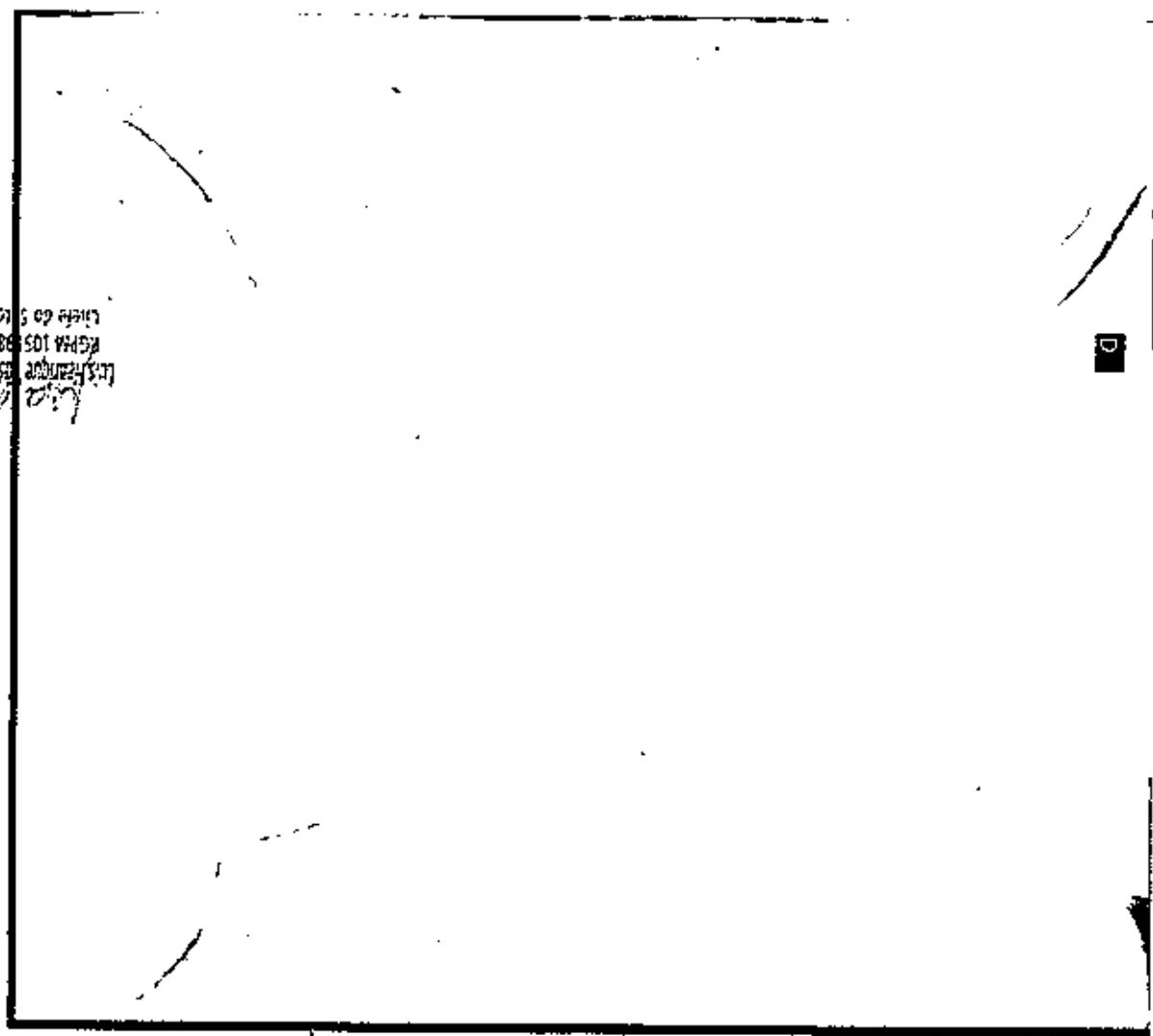


Telefone: (86) 3227-5265  
Fax: (86) 3216-1520

Juvenal Gomes de Souza Neto  
CRM 105198193-2 / Matr. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

HPA29  
JOSE NORBERTO FERRERIA DE SOUSA  
Medic 0427  
Genm M

D



E

WFO: 18308  
18989: 97458

Los Angeles  
RSPA 105 80193-2 / Mail 1495-9  
Cajete Co 5 Tor de Arquea Toluca

Guest  
Expires: 08/04/2016 Time: 10:50



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 100229

PACIENTE: JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA

DATA DO NASCIMENTO: 05/02/1976

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 07/05/2018

DATA DO LAUDO: 08/05/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO PE ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura cominutiva de F2 do hálux, fixada por fio metálico, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura cominutiva de F2 do hálux, fixada por fio metálico, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Assinado por*  
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
RGPM 105198133-2 / Mat. 14493-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

*Assinado por*  
Dra. Liege de Sampaio  
MÉDICA  
CRM-PB 4278

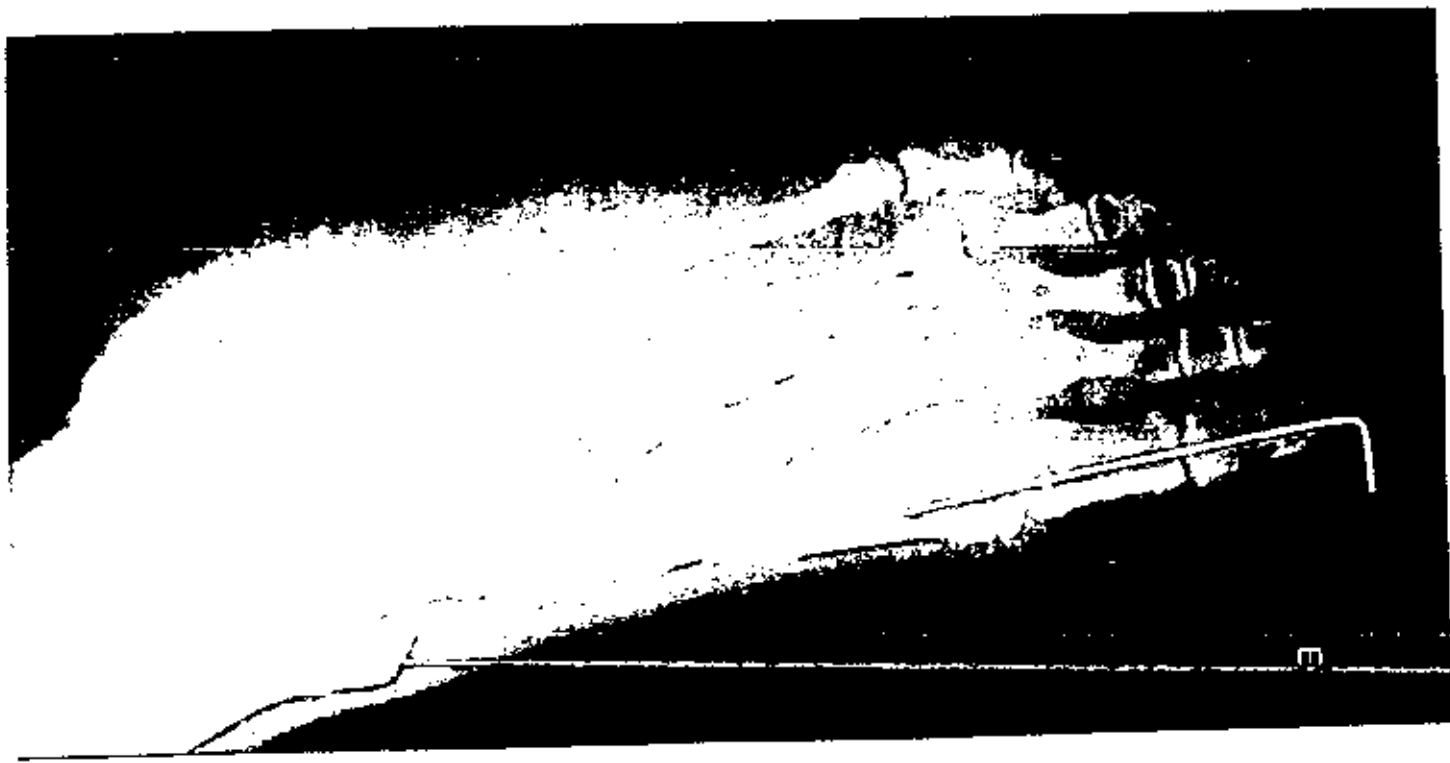
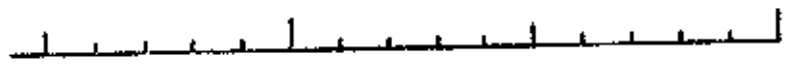
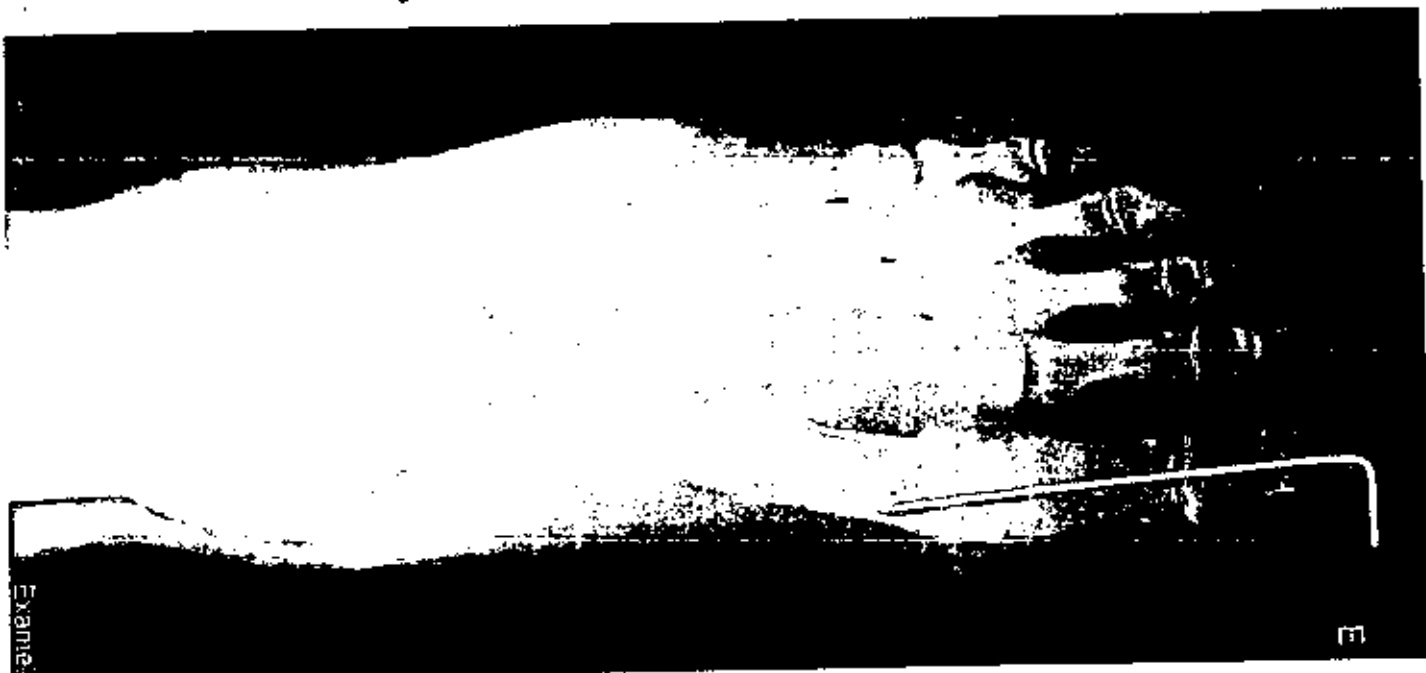
**LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 4173

Av. Alagoinha Cunha, 1842 - Vila das Palmeiras/PA  
CEP: 64014-220 - CNPJ: 07.214.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

HPN/194  
JOSE MOREIRTO PEREIRA DE SOUSA  
Medic: 0927  
Exatoc: 12

HPN/194  
JOSE MOREIRTO PEREIRA DE SOUSA  
Medic: 0927  
Exatoc: 12



WCS 1080  
CAMPUS 4/19/20

Exame: 17/08/2018 Hora: 11:08  
Guest





**Ultra Imagem**

Diagnóstico por imagem

Fone: (86) 9 9817 - 6120

Paciente : JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA  
Médico : DIEGO C. TÔRRES  
Convênio : PARTICULAR

Registro : 000575  
Idade : 42A e 2M  
Data : 30/04/2018

RX PÉ

1- EVIDENCIAMOS SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE ÓSSEA COMPLETA EM ESPIRAL NA DIAFISE DA FALANGE PROXIMAL DO PRIMEIRO PODODACTILO DO PÉ ESQUERDO

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

FRATURA DA DIAFISE DE FALANGE PROXIMAL DO PRIMEIRO PODODACTILO DO PÉ ESQUERDO.



DR ENIO RODRIGUES TEIXEIRA  
CRM-PI 4186 MEDICO



**POLICIA MILITAR DO PIAUI**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



NOME: **JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA**  
MÉDICO:  
CONVÊNIO: **SUS INTERNO ENF 2011 01**

IDADE: **42 ANOS**

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST**

**ERITROGRAMA**

**VALORES ENCONTRADOS**

**VALORES DE REFERENCIA:**

Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina em g/dl  
Hematócrito em %

**3.31**  
**12.2**  
**37.3**

| HOMEM       | MULHER      |
|-------------|-------------|
| 4,5 - 6,5   | 3,9 - 5,8   |
| 13,5 - 18,0 | 11,5 - 16,4 |
| 40,0 - 54,0 | 36,0 - 47,0 |

**OBSERVAÇÕES:**

**DISCRETA HIPOGRAFIA**

**LEUCOGRAMA**

**VALOR ENCONTRADO**

**REFERENCIAL**

Leucócitos por mm<sup>3</sup>

**5.400**

4.000 10.000

Bastões  
Segmentados  
Eosinófilos  
Basófilos  
Linfócitos  
Monócitos  
Metamielócitos  
Mielócitos

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

**3**  
**72**  
**2**  
**0**  
**25**  
**1**  
**0**  
**0**

|    |    |
|----|----|
| 3  | 5  |
| 50 | 65 |
| 2  | 4  |
| 0  | 1  |
| 20 | 30 |
| 4  | 8  |
| 0  | 1  |
| 0  | 0  |

**10**  
**388**  
**103**  
**0**  
**150**  
**54**  
**0**  
**0**

|      |      |
|------|------|
| 120  | 500  |
| 2000 | 6600 |
| 80   | 400  |
| 0    | 100  |
| 800  | 3000 |
| 160  | 800  |
| 0    | 100  |
| 0    | 0    |

**OBSERVAÇÕES:**

**PLAQUETAS**

**220.000** mm<sup>3</sup>

100.000/mm<sup>3</sup> - 400.000/mm<sup>3</sup>

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

**OBSERVAÇÕES:**

**Plaquetas morfolologicamente normais e bem distribuídas**

TERESINA, 06 DE MAIO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACÊDO  
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUÍMICO  
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0885

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1542 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
CEP. 64.014-090 - Teresina-Pi - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



**POLICIA MILITAR DO PIAUI**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



NOME **JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA**

IDADE: **22 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS INTERNO ENF 204/01**

**COAGULOGRAMA**

**RESULTADO**

|                       |                        |                               |
|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| TEMPO DE SANGRAMENTO: | <b>01 min. 20 seg.</b> | REFERENCIAL:<br>Até 3 minutos |
| TEMPO DE COAGULAÇÃO:  | <b>07 min. 00 seg.</b> | De 5 min. Até 10 min.         |
| PROVA DO LAÇO:        | <b>NEGATIVO</b>        | Negativa                      |
| RETRAÇÃO DO COÁGULO:  | <b>TOTAL</b>           | Normal                        |

**OBSERVAÇÃO:**

|            |                  |                 |
|------------|------------------|-----------------|
| GLICOSE    | <b>101</b> mg/dl | 70 - 99 mg/dl   |
| UREIA      | <b>27</b> mg/dl  | 15 - 40 mg/dl   |
| CREATININA | <b>0,9</b> mg/dl | 0,4 - 1,4 mg/dl |

TERESINA, 06 DE MAIO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO  
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
 BIOQUIMICO  
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
 Farmacêutico-Bioquímico  
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245  
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

2018-05-06 15:12

ID : 07

3Channel + 1 Rhythm Report

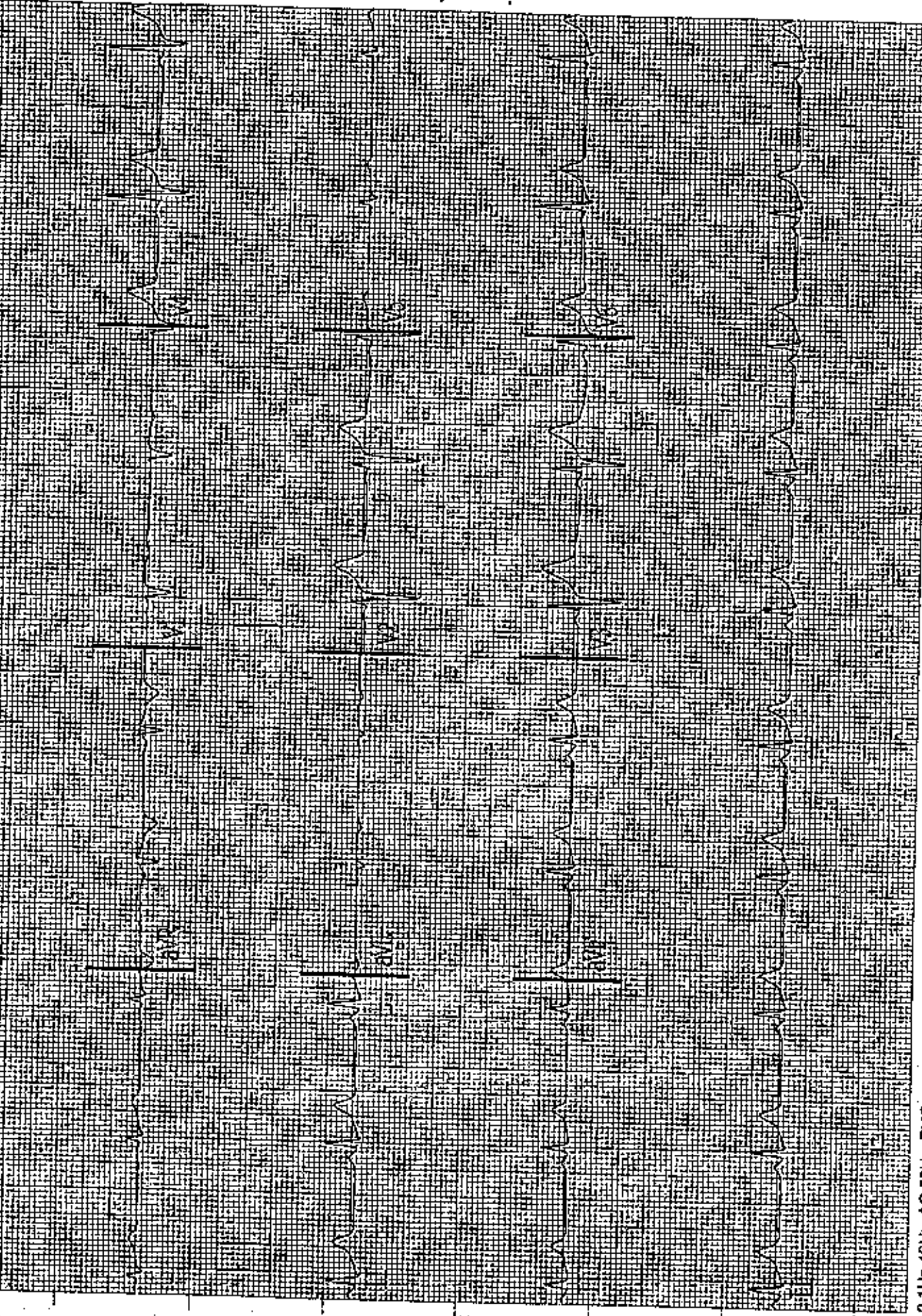
204661 Hospital: us, 07

Name: JOSE N F SOUSA  
Age: 42yrs Sex: M  
Weight: 0.9  
ECG axes: 69.78-59

Heart Rate: 57 bpm  
PR: 128 ms  
QRS: 104 ms  
QT/QTc: 422/413 ms

Analysis Result \*\*\*  
Sinusoidal Sinus (HR: 50-65)  
EKG Normal  
Atrial Fibrillation: No  
Normal ECG

Patient: JOSE NORBERTO FERREIRA  
DATA ACQUISITION: 05/02/1976  
MEDICO SOLICITANTE: DR. JUVENAL



0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

All Channels: 10mm/mV. 25.0mm/sec.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II  
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA  
Rua Antônio Benigno, Nº 400 - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí  
CNPJ: 06.553.929/0007-10  
Fone: (86) 3271-2371  
e-mail: getiranap2@hotmail.com

SUS



PA=120 x 80mmHg

402

### CONSULTA BÁSICA

Nome: JOSE NOBERTO FERREIRA DE SOUSA  
Cartão do SUS: MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA  
Data de nascimento: 05 / 02 / 1976  
Endereço: MILTON BRANDAO  
Município: MILTON BRANDAO  
Diagnóstico Provável: Fratura exposta da falange proximal do  
Acidente: Sim ( ) Não ( ) Consulta Especializada: Sim ( ) Não ( )  
Tipo de acidente: primeiro metacarpo do pé esquerdo após  
Exames: Sim ( ) Não ( ) acidente com motocicleta  
Data da Consulta: 24 / 04 / 18 Glasgow 15 - Capim.

[Assinatura]

Assinatura do médico e carimbo

Dr. Diego Torres  
MÉDICO  
CRM-PI 1000

Assinatura do paciente ou impressão digital



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II  
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETIRANA NETTA  
Rua Antonio Benigno, Nº 400 - Centro - 64.255-000 - Pedro II - Piauí  
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122  
e-mail: getiranap2@hotmail.com

H.P.M. Hospital  
da Polícia  
Militar

Para:

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do Paciente: Jose Norberto Ferreira da  
End.: do Paciente: La. São Gonçalo, Mil. 3, bairro  
Responsável pelo paciente (Acompanhante): Brandão - Pt  
AI: 709 2012 7107 8232  
DN: 05/02/76

DADOS CLÍNICOS: Semla: 2018.0430.0565 54

Paciente 42 anos, vítima de  
acidente de trânsito, apresenta  
fratura fechada da falange  
proximal do primeiro metacarpo  
da mão esquerda.  
Exatidão. Sem comorbidades  
preexistentes. Pac. e conduta  
ortopédica.

Pedro II (PI)

30.04.18

13:50hr

Agendamento para

Médico Responsável

Dr. Diego Torres  
MÉDICO  
ORTOPÉDICO



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL JOSEFINA GETIRANA NETTA  
CNPJ: 06.553.929/0007-10  
Rua Antonio Bonifácio, Nº 400 - Centro - CEP: 64.255-000 - Pedro II - Piauí  
Fone: (86) 3271-2371 / (86) 99553-6122  
e-mail: getiranap2@hotmail.com



## RECEITUÁRIO

Paciente:

= A isto parece os dados do furo que o Sr. José Norberto Francisco  
de Sousa - RG=365240110 - 2.5515P, tem passado um período de  
doença de transição (Bombardeio de Nº: 190722000036/2018-12 438)  
usado por Dr. Edelberto P.C. Junior - matrícula: 315668-X-OP.  
de Pedro II - PI em consequência: ① Furtivo de cancos costais de  
costa (à época) (furo aberto por Dr. Isaac F. Jones - CRM=2426  
- PI também furtivo de fúria distal do HALLX ⑤ (furo  
aberto visto usado por Dr. Isaac F. Jones CRM=PI=2426, Re-  
diagnóstico de costela (à época) do PI ⑤ por procedimento  
cirúrgico com pontos de fúria com sutura de Fz do HA-  
lux ⑤ fixado por fio sintético assinado por Dr. Ilge  
R.C. Sampaio CRM=4173. Também protuberância visível de  
Hospital Dinor (CRM) Anil Verde - Termino - PI de M=365774/18 (=365774/18) assinado por Dr. Luis Ricardo  
de Luz Borges (costa o procedimento citado).  
A presente atualmente ao exame: cicatriz cirúrgica  
do(1) do HALLX ⑤ visível do que perde um defeito.  
seu do movimento de flexão de membros.

ED: 592.4

ED: 793.2

João Eudes Martins  
Médico-CRM/PI: 950  
CPF: 127.960.554-49

Data: 29/10/2018

João Eudes Martins  
Profissional



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - SE  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERENCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PIRIPIRI  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRO II-PI

Laudo do IML - Lesões corporais



**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO DE LESÃO CORPORAL**

Aos 24 dias do mês de 07 do ano de dois mil e 18, nesta cidade de Pedro II, Estado do Piauí, no Hospital M. J. G. NEITA - PEDRO II, presente o(a) Senhor(a) Autoridade Policial subscritora, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, ai presentes os médicos peritos, nomeados para este ato, Drs. JOÃO Eudes Martins

e aos quais a autoridade policial deferiu o compromisso legal de bem e fielmente desempenharem a missão e os encarregou de procederem ao EXAME DE CORPO DE DELITO DE LESÃO CORPORAL, na pessoa de JOSE MARCELO FERREIRA DA SILVA (06.36.524.010-2 SSP/SP) filho de ANTONIO JOAQUIM DA SILVA / WENERIA FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

nascido em 05-02-76, residente e domiciliado na R. CRISTINA CELESTINIANO DA SILVA - Nº 18 - VILA LUIZ BRANCO - PI, bem como responderem aos seguintes quesitos:

- 1º - Há ofensa à integridade corporal ou à saúde do examinado? SIM
- 2º - Qual a natureza do agente, instrumento ou meio que a produziu? ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 3º - Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel? CASO SIM, QUAL? ACIDENTE DE TRÂNSITO - Nº 19422.000236/2018-12 (Proc. Adalberto P. C. Junior)
- 4º - Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? SIM
- 5º - Da ofensa resultou perigo de vida? NÃO
- 6º - Em que consistiu o perigo de vida? NÃO

- 7º - Resultará debilidade permanente de membros, sentidos ou função? CARICA DE AVALIAÇÃO POSTERIOR
- 8º - Dessa ofensa resultou ou pode resultar aceleração do parto? NÃO
- 9º - Resultará incapacidade permanente para o trabalho? CARICA DE AVALIAÇÃO POSTERIOR
- 10º - Se resultou ou pode resultar enfermidade incurável? CARICA DE AVALIAÇÃO POSTERIOR

- 11º - Se resultou ou pode resultar perda ou inutilização de membro, sentido ou função? CARICA DE AVALIAÇÃO POSTERIOR
- 12º - Resultará em deformidade permanente? CARICA DE AVALIAÇÃO POSTERIOR
- 13º - Resultou ou pode resultar aborto? NÃO
- 14º - Há outros julgados úteis? NO EXAME SPONTÂNEO DE Nº 365444118 (CH. DIAGNOSTICADO DE FRACTURA DE PIVOT DO CARPO (C) (592) SEGUNDO DE CORNÉLIO CIRQUEIRO (LAUDO POR DR. LUIS ALMEIDA DA L. BONAS COM = 3803-PI) CONSTATADO POR DR. FÉ (E) COM FRACTURA FIBULAR DISTAL DO HULUX (E) (DADO VALOR DO DR. JEAN FORTINHA JURY COM = PE = 2426. Também consta o mesmo Dr. JEAN F. JURY COM = 5426-PI) PROMU. diagnosticado de FRACTURA VETUS COSTAS DIREITA. OBS: RX DO R. (E) CERVICAL C7 DANFACÃO DA FRACTURA CONTINUTIVA DE F. DO HULUX, FICADA NA FIO METALICA (LAU A SEGUINDO DR. DR. LUIZ E. S. SAUNDERS = COM = 4173. DE AMBUL. 4 SUPORTE CERVICAL/MANUTEN

Nada mais havendo a lavrar, deu-se por encerrado o presente laudo, que lido e achado conforme, assinam todos. Eu, \_\_\_\_\_, Escrivão de Polícia Civil, que o digitei e assino. \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE:**

Adalberto Paulo de S. Junior  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 315658-X

El CAESES TROUHA QUIN OS JUELOS

OBS: FIO METALICO EXTERIOR Delegado de Polícia Civil  
10 ANTE LHO @. FICOU CIRCUNSCRITO AINDA NAO CIRCUNSCRITO

PERITO: JOÃO Eudes Martins

PERITO: \_\_\_\_\_

ESCRIVÃO: \_\_\_\_\_

João Eudes Martins  
MÉDICO  
CRM-PI 990 CPF 127.933.854-40



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180390126

Vítima: JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Laudo do IML - Lesões corporais

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13639437





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE NORBERTO FERREIRA DE SOUSA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 36.524.010-2 EXPEDIDO POR SSP-S/P EM 19/09/2018 E  
 CPF 707898273-87 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 4625 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 13909-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL PGD RO IT DATA 03/08/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CAIXA**  
**POUPANÇA**

43926719 18983962

JOSE NORBERTO FERREIRA DE

4623 013 00013909-2 10/24

**VISA**

Valida até 31/12/2024

Electron

São Paulo, 10/10/2024. Deixamos em seu nome a seguinte...

Assinatura do beneficiário

542

Este documento é uma cópia do original. O original é o documento que deve ser apresentado para a realização de qualquer operação. Este documento não possui validade jurídica.

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

Endereço: Rua da Consolação, 1000 - São Paulo, SP





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 190722.000036/2018-12

Unidade de Registro: DP DE PEDRO II

Resp. pelo Registro: Hilton Brito Silva

Data/Hora: 24/07/2018 - 10:03

Unidade Policial Responsável

DP DE MILTON BRANDÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MILTON BRANDÃO

Endereço

ESTRADA PI 216 - SENTIDO PEDRO II / MILTON BRANDÃO, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE MILTON BRANDÃO - PI

Data/Hora

29/04/2018 - 21:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

NAS PROXIMIDADES DA LOCALIDADE BURITI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

Mãe: MARIA FRANCISCA FERREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO GONÇALO DE SOUSA

Endereço: CONJUNTO RESIDENCIAL ALEXANDRINO DE MORAIS, Nº LOTE 18

Complemento: MILTON BRANDÃO-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: MILTON BRANDÃO

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito;

2 - Dirigir veículo automotor sem permissão ou habilitação (Art. 309 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA, YBR125ED

2014 OUD0569 9C6KE194OE0009315

Preta

Condutor: JOSÉ NORBERTO FERREIRA DE SOUSA

End: CONJUNTO RESIDENCIAL ALEXANDRINO DE MORAIS Número: LOTE 18 Complemento: MILTON BRANDÃO-PI

Cidade: MILTON BRANDÃO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE no dia 29/04/2018, por volta das 21:00 horas trafegava pela estrada PI-216 que liga a cidade de Pedro II a cidade de Milton Brandão conduzindo a MOTOCICLETA YAMAHA YBR 125 FACTOR ED, COR PRETA, ANO-MODELO 2013/2014, PLACA OUD-0569-PI, CHASSI 9C6KE194OE0009315 a qual se encontra em nome do notificante quando nas proximidades da Localidade Buritizinho, zona rural de Milton Brandão colidiu em um animal (porco) que adentrou de forma repentina na via e veio a cair; QUE sofreu lesões diversas, entre elas fratura em um dos dedos do pé esquerdo; QUE NÃO POSSUI CNH, MAS PORTAVA CAPACETE no momento do acidente; QUE cita como testemunhas as pessoas de JOÃO BATISTA DIONISIO (CPF 361.566.393-49) e OSVALDO BARBOSA DOS SANTOS (CPF 185.198.223-04) ambas residentes na Localidade Vista Alegre, na cidade de Milton Brandão-PI

Hilton Brito Silva - Mat. 1083519  
AGENTE DE POLÍCIA

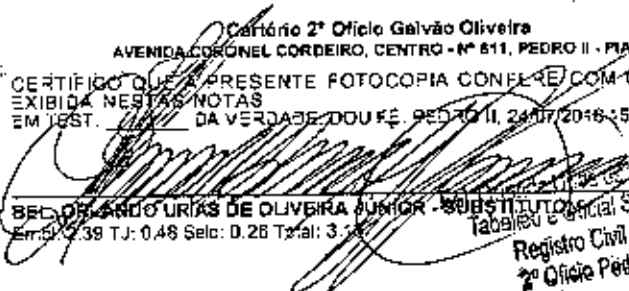
JOSÉ NORBERTO FERREIRA DE SOUSA - Notificante  
Responsável pela Informação

Adalberto Figueiredo de C. Junior  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 3152193-X



Cartório 2º Ofício Galvão Oliveira  
AVENIDA CORONEL CORDEIRO, CENTRO - Nº 811, PEDRO II - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL  
EXIBIDA NESTAS NOTAS  
EM TEST. DA VERDADE DOU.FE. PEDRO II, 24/07/2018 15:29:17

  
BELMIRO DE FÁTIMA DE OLIVEIRA JÚNIOR - SUBSTITUTO  
Em 5.12.38 TJ: 0.48 Selc: 0.28 Total: 3.16

Tabalão e Oficial Substituto de  
Registro Civil e Notas  
2º Ofício Pedro II - PIAUÍ

Fiscalização  
Prestação de  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Rios de Mearim,  
Registro e  
Judicial  
Fiscalização  
D-30311

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, JOSÉ NORBERTO FERREIRA DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 36.524.030-2 e inscrito no CPF/ME sob o nº 307.898.873-87, residente e domiciliado na CONJUNTO RESIDENCIAL ALEXANDRINO DE MORAIS, 18 Cidade MILTON BRANDÃO, Estado P/PA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

PEDEO II, 03/08/2018

Local e data