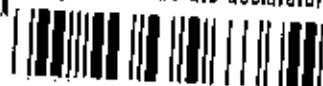


ATO DECLARATÓRIO

Comprovação de ato declaratório



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 22/2/17 HOR/: 18:08 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Hospital de Louco Mano MUNICÍPIO Louco Mano

MÉDICO: Lucas Garibaldi de Deus Sousa CRM: 6499

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria () Trauma () Clínico (X) Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisco Welton de Sousa

Idade: 23 anos Sexo ☒ Masculino () Feminino

HDA: paciente vítima de acidente de trânsito. com lesão em
coste em pé direito. Ao ser X apresentou fraturas de IV e V
metatarsos e IV falange do pé direito. Feito curativos com
furo e agulha para drenagem de sangue.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras Incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

16 MAI 2017

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: 130x80 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio ☒ Hidratação Venosa _____
() Aspiração ☒ Medicação Repirano _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rax

Luís Henrique Vasconcelos Reis - R. 124...
RGPM 105198193-7 / Mat. 14495-4
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: Ortopedia Senha: 201702229103

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa
Médico
CRM Nº 6499

Assinatura e carimbo do Médico

ATO DECLARATÓRIO

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4540 - (86) 3252-1372

ENTRADA DE DADOS

Senha

1

TIPO DE CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA

CPF: 062.840.143-41 - RG: - SUS:

Nasc.: 25/11/1993 Idade: 23 ANOS, 2 MESES, 27 DIAS Telefone: (86) 9955-04966

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

End.: MIGUEL FURTADO, 366

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

BGE: 7707208

Cor: PARDA

Mãe: MARIA E JANE DE SOUSA

Pai:

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 6199 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsavel: FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

22/02/2017 17:38 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

*Fratura de antebraço
exposto => Transferido para
UPA*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) Voltarem para IM

2) Reparo para IM

*Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa
Médico
CRM 176499*

16 MAI 2017

*Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN
RGPM 105198193-7 / Ass. Técnico
Chefe do Setor de Arquivo Técnico*

201702229103

Francisco Willias de Sousa

Responsavel: FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

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: 27/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

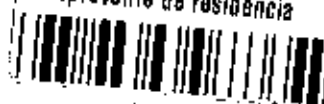
CLIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000099539-9

Nr. da Autenticação 4260F61BE4CBB4E9



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO WILLAS DE SOUZA.RG nº 3.554.849-Pi, data de expedição 20/12/10, Órgão SSP-PICPF nº 062.840.143-44, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MIGUEL FORTADO</u>
Número	<u>366</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CAMPO MAIOR</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.280.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

16 MAI 2017

Local e Data: Campo maior - Pi. 08.05.2017.Assinatura do Declarante: Francisco Willas de Souza



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0184661-2

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B - 1
Regime especial de imposto autotaxado pelo SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 000742452

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\$)
MARÇO/2017	28/03/2017	165	94,52

ELISANGELA RODRIGUES DE SOUSA
R. MIGUEL FURTADO 366 366 B-URBANO
CPF: 00069006844349
CNPJ: 01.250.000 - CAMPO MAIOR

ROT: 913 010 13 50 051800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA FUTURA	
Atual:	3842	Atual:	21/03/2017
Anterior:	3677	Anterior:	16/02/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	18/04/2017
Consumo Medido:	165	Emissão:	21/03/2017
Consumo Estimado:	165	Atualização:	21/03/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	Ligação
Número Medidor	
Posto	
Código Fat.	
Mês 12 meses	

RESTA BAIXA RENDA	MONTE	200642			
-------------------	-------	--------	--	--	--

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/17 166	CONSUMO 30 A R\$ 0,202627 = 6,07
JAN/17 133	70 A R\$ 0,347359 = 24,31
DEZ/16 148	65 A R\$ 0,521038 = 33,86
NOV/16 160	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 19,98
OUT/16 210	DIFERENÇA DE TARIFA 33,19
SET/16 276	SUBVENCAO BAIXA RENDA 25,58
AGO/16 220	CORRECAO MONETARIA IG 12/16-00 0,34
JUL/16 206	MULTA POR ATRASO 12/16-00 1,28
JUN/16 236	JUROS DE MORA DE IMPO 12/16-00 1,07
MAI/16 201	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,38
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,156054	
31 A 100 - 0,267336	
101 A 165 - 0,401384	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

16 MAI 2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELISANGELA RODRIGUES DE SOUSA.portador do RG 2.819.657 - PI, data de expedição 23, 05, 2014órgão expedidor SSP, PI CPF: 890.1068.443.49com domicílio na cidade de Campo maior, no estado de PIonde resido na RUA MIGUEL FURTADOnúmero 366, complemento CENTRO

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima, FRANCISCO WILLAS DE SOUZAcujo condutor era FRANCISCO WILLAS DE SOUZAVEÍCULO: MOTORCICLETA.ANO: 2016 / 2016MODELO: HONDA / POP 110 IPLACAS: PIM - 2083CHASSI: 9C2TB01009R207672DATA DO ACIDENTE: 22, 02, 2017

16 MAI 2017

Campo maior - PI, 11.05.2017.

Local e Data

Cartório Único
Campo Maior-PIElisangela Rodrigues de Sousa

Assinatura do Declarante Proprietário

RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA

POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)

RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA

POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR-PI
Av. José Prillino, 904 - Centro - Campo Maior-PI - CEP: 64280-000
Fone: (86) 3252-1700 - E-mail: cartoriounicocampo@bol.com.br
Jéssy Távila (Núcleo de Assessoria - Tabela de Honorários)

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ELISANGELA RODRIGUES DE SOUSA, DOU FEI E TESTEI QUE É DA VERDADE. CAMPO MAIOR-PI, 11/05/2017. E-mail: 0569107@72 Selo: 0,25 Total: 4,57 Selo: 107,51400 (R\$ 20,72)

MARIA THAYNARA ALMEIDA AMARAL - ESCRIVENTE AUTORIZADO(A)



Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento: P095984 Registro: 48230
Data: 22/02/2017 Horas: 17:38:00

Documentação médica - hospitalar

ADITIVO

Declaro para os devidos fins que se fizeres necessário que, por erro de digitação no ato da admissão escreveu-se de forma incorreta o nome do paciente FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA, devendo ser retificado para:

FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Nascido: 25/11/1993

RG: 3 554.849 SSP/PI

CPF: 062.840.143-41

End: Rua Miguel Furtado, 366 - Bairro Centro - Campo Maior/PI

Mãe: Maria Eliane de Souza

Campo Maior/PI, 10 de Maio de 2017

16 MAI 2017

José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Jose Augusto Alves Peres
Matricula: 158459-6
SAME/HRCM/PI

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 22/5/17 HORA: 18:08 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Hospital de Louco Maó MUNICÍPIO: Louco Maó

MÉDICO: Lucas Garibaldi de Deus Sousa CRM: 6499

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico (X) Cirúrgico () Psiquiatria () Outros: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fernando Wilson de Sousa

Idade: 23 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito. Com lesões em
coste em pé direito. Ao ser X apresentou fraturas de II e V
metatarsos e IV falange do pé direito. Feito curativos com
gesso e agulha para cirurgia de urgência.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: 130x80 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio (X) Hidratação Venosa _____
() Aspiração (X) Medicação Repirome _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rox X


Luis Henrique Vasconcelos Reis - R. 1111...
RGPM 105198193-7 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: Outubro Senha: 201702229103

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa
Médico
CRM 116499 

Assinatura e carimbo do Médico

16 MAI 2017

CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

ENDEREÇO: NATAKA

Senha 1

tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA

CPF: 062.840.143-41 - RG: - SUS:

Nasc.: 25/11/1993 Idade: 23 ANOS, 2 MESES, 27 DIAS Telefone: (86) 9955-04966

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-0

End.: MIGUEL FURTADO, 366 -

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

RGF: 2202208 Cor: PARDA Mãe: MARIA ELIANE DE SOUSA

Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsavel: FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

22/02/2017 17:38 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

*Fratura de metacarpo
exposto => Transferido p/ UPA*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) Voltarem lamp IM

2) Depressão lamp tanger

*Lucas Garibaldi de Deus Souza
Médico
CRM 176499*

16 MAI 2017

*Luís Henrique Vasconcelos Reis - 28/12/1978
RGPM 105198193 17 Mai 2017
Chefe do Setor de Arquivo Técnico*

201702220103

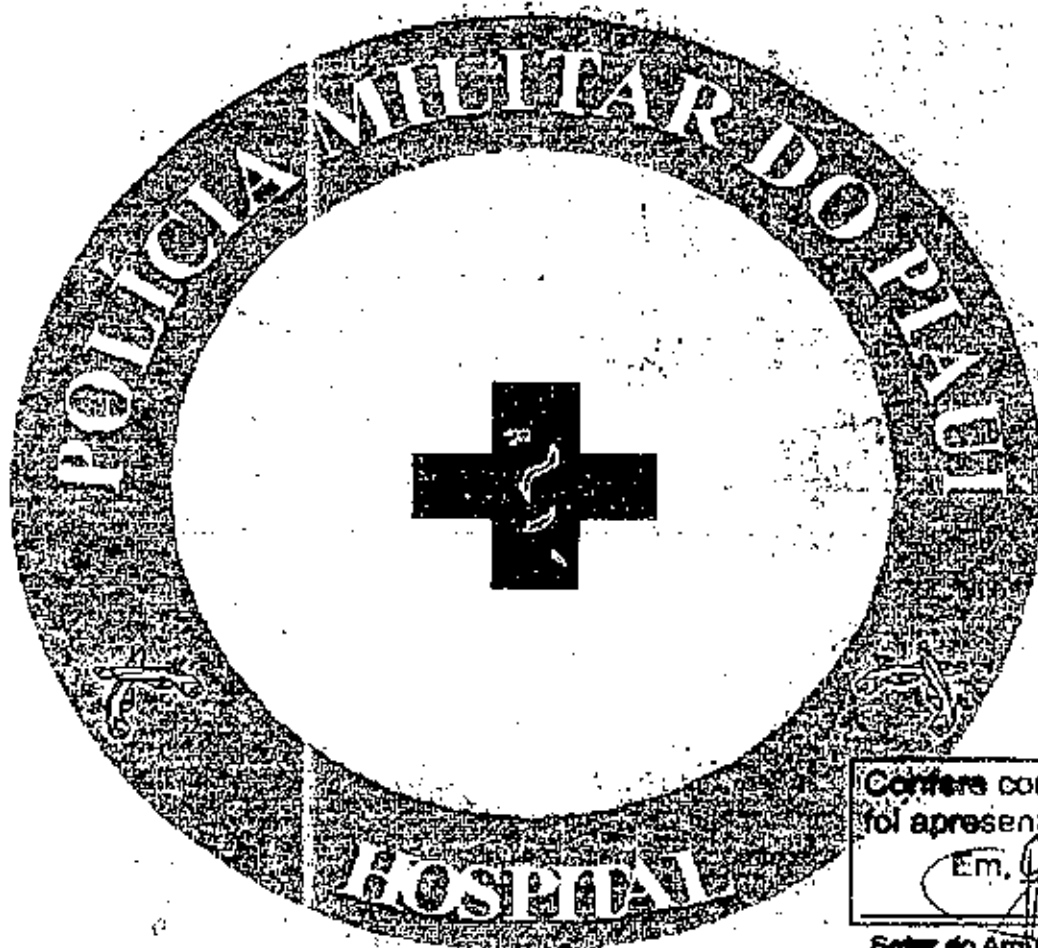
Francisco Willias de Sousa

Responsavel: FRANCISCO WILLIAS DE SOUSA

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA



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



Conferir com o(a) original que
foi apresentada e copiar.

Em, 08/05/17

Setor de Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vitorino dos Reis - 2º TEN PM

RGPM 10519153-2 / Matr. 14435-8

Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Francisco Willar de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 617449/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.

16 MAI 2017

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

AUTORIZAÇÃO DE INTER

UNIDADE : HOSPITAL DA POLICIA MILITAR - DENTIST
 ASSINANTE:
 20/01/1993

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILIT

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILIT

D.O. BEM: 02/03/2017

RE. TAMB: 27/02/2017

PRIN. FIL: 04/08/2017

PR. JST: FRANCISCO

PR. ID: 5923

Dr. Carlos de Araújo Filho
 Assessor de Auditoria DRCAL/MS
 CRM - PE 1886 - CPE: 227.593.793.53
 CNJ: 080010000003529

Atendimento

282553

5 - Nome: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

6 - Prontuário: 217149

7 - CNS: 898002753487105

8 - Nascimento: 25/11/1993 02:00: 9 - Sexo: M CPF: 062.840.143-41

11 - Mãe: MARIA ELIANE DE SOUZA

12 - Fone: 86-9.94262344

13 - Resp: MARIA ELIANE DE SOUZA

14 - Cor: BRANCA

15 - Endere: RUA MIGUEL FURTADO

366 CENTRO 19 - CEP: 64280-000

16 - Munic: CAMPO MAIOR

17 - Cod. IBGE: 220220 18 - UF: PI RG: 25548-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma pé direito. Apresenta dor,
 limitação funcional e ferida de partes
 moles região dorso pé direito.

21 - Condições que justificam a internação:

As feridas

Luis Henrique Vasconcelos Reis - JF 1695-1
 RGPM-105158193-71 Mai. 14.195-9
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Ex. radiol. 4/5° metatarsos // fraturas q. entelho

23 - Diagnóstico Inicial:

fraturas

24 - Cid Princ.:

86.00 5923

25 - Cid Sec.:

procedimento 1 04.00.540

86.10 5925

procedimento 2 04.00.540

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

exatoma múltiplas 041500012

Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Caráter:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

22/02/2017

Roberto Rego
 Chefe de Serviço
 16.05.2017

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bólido.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data de Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: LUCIA.SILVA

Consulta Local:

Consulta SUS: 20170229103

Impressão 21:45:01

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		22/02/2017
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐		Nome: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA		Pront.: 217149
CLÍNICA		Nasc.: 25/11/1993 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Médico Assistente		Atendimento: 282553	Enfermaria: POSTO II	ENF 202 LEITO Leito: 202
Permanência		Mãe: MARIA ELIANE DE SOUZA		
CLÍNICA		RG: 2554849		
		Residência:		
		RUA MIGUEL FURTADO Nr.: 366 Cep: 64280000		
		Bairro: CENTRO Cidade: CAMPO MAIOR Telefone: 86 - 994262344		

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Exame de abdome. Opacidades difusas, limitação funcional e nível de líquido livre.

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID
Principal: <i>distúrbio de ritmo cardíaco</i>	CID
Procedimento: <i>cateterismo</i>	
Síntomas e Sinais Principais	Causa Médica
<i>dor e limitação funcional</i>	Histo - Patológico: Luis Henrique Vasconcelos Reis - 28/05/2017 RG-MA 105190193-2 / Mat. 14495-3 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo: ☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirúrgico	Terapêutica Médica	Operação <i>Cirurgia</i>	Eficácia ☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirúrgico
---	--------------------	-----------------------------	--

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 22/02/2017 21:02:01	Data da Alta 25/02/17	Data de Hospitalização 22/02/17
--	--------------------------	------------------------------------

ALTA

Saída ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	Transferência ☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	Óbito ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
---	---	---	---

THE / /

Assinatura: *[Assinatura]*

Roceldo Rego
 Clínica e Traumatologia
 CRM-MA 5531/CRM-MA 667

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Hino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
 CEP: 64011-000 - Teresina, PI - CNPJ: 07.444.150/0002-95 - CMC: 025.272-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 24/02/2017
Nº DO PRONTUÁRIO: 217149
CÓD DA CIRURGIA: 090802046.2
0908030410

Descrição da Cirurgia:

PROCEDIMENTO 1: PACIENTE DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // ASSEPSIA E ANTISEPSIA // GARROTE COXA DIREITA // COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉRIES // LIMPEZA EXAUSTIVA LESÃO REGIAO DORSAL PÊ DIREITO // ACESSO DORSAL DO 5º E 4º METATARSO DIREITOS // DISSECÇÃO POR PLANOS // LIMPEZA EXAUTIVA COMSF0,9% // REDUÇÃO ABERTA // FIXAÇÃO FIOS DE KIRSCHNER Nº1,5 // APROXIMAÇÃO DE PARTES MOLES // CURATIVO // RETIRADA DE GARROTE DE ESMARSH. PROCEDIMENTO 2: PACIENTE DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // ASSEPSIA E ANTISEPSIA // GARROTE COXA DIREITA// COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉRIES // ACESSO DORSAL DO 4º ARTELHO DIREITO // DISSECÇÃO POR PLANOS // REDUÇÃO ABERTA // FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER Nº 1 // LIMPEZA EXAUTIVA COMSF0,9% // APROXIMAÇÃO DE PARTES MOLES // CURATIVO // RETIRADA DE GARROTE DE ESMARSH.

FRANCISCO WELLAS DE SOUZA

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 15311/CRM-MA 15311

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN. -
RGPM 105198193-7 / Mat. 16495-7
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

16 MAI 2017

OSTEOSSINTESE: FRATURA DO 4º E 5º METATARSos // FRATURA DO 4º ARTELHO (D)

Cirurgia: DR ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

Cirurgião: DR ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

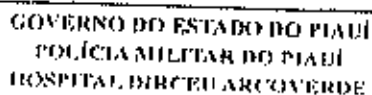
1º Auxiliar: DR MARCOS VITOR

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: José de Jesus

Circulante: [assinatura]



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 24/02/17
Nº DO PRONTUÁRIO: 21739 SALA: 08
CO DA CIRURGIA: 0408030470

NOME: Francisco Willasite Souza Idade: _____ Sexo: _____ ASA: _____
PROCEDIMENTO: Intubação de emergência e fix. orofaríngea
CIRURGIÃO: Rodrigo AUX.: Auribon e Lobo: Walter
INSTR.: Felix de Jesus CIRC.: Evelene ANEST.: Walter ANESTESIA: Rogério
P.A.: _____ F.C.: 120 P.R.S.O.: _____ Hta: _____ Glicemia: _____ Creatinina: _____ SAIU: 08
12.07

[illegible]

Facultad Agronómica: 12
Rafael Aránguez, 1920-21

Competition Affidavits

[illegible]

Dysrhythmia	☒ ECG	☒ Oximetry	☐
	☐ PAM	☐ Capnography	☐
	☒ PARI	☐ PWC	☐
Treats		Device	Notes
Originals		1	
A.D.		13	
No. Dials		1	

16 MAY 2017

Medicamentos Utilizados

[illegible]

အကျဉ်းချုပ်အားဖြင့်



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 42325
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
NOME DA MÃE: MARIA ELIANE DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 23/02/2017
DATA DO LAUDO: 03/03/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura na falange proximal do 4º pododáctilo e porção distal do 4º e 5º metatarsos.

Aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.

16 MAI 2017

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Matr. 14445-3
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM. 3326



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



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 42439
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
NOME DA MÃE: MARIA ELIANE DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 25/02/2017
DATA DO LAUDO: 03/03/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório com fixação ortopédica no 4º e 5º pododáctilos.

Densificação de partes moles adjacentes.

16 MAI 2017
Leis Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-1
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

AV. Alameda da Paz, 16-2, Sincora, Teresopolis, RJ
CEP: 20.043-220 - FONE: (21) 2594-4444 - 1594-002-250

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



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 38288
ATENDIMENTO: 282553
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAC
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 202 LEITO:

DATA: 23/02/2017
SEXO: M
IDADE: 23a 2m 30d

CREATININA **0,9 mg/dl**
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl

16 MAI 2017


Luis Henrique Vasconcelos Reis - 2ª TEF / 5
RGPM/105198193-2 / Mat. 18495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

FRANCISCO DAS CHACAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SELVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 38288
ATENDIMENTO: 282563
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II **ENF:** 202 **LEITO:**

DATA: 23/02/2017

SEXO: M
IDADE: 23a 2m 30d

UREIA: 15 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

16 MAI 2017

Luiz Henrique Vasconcelos Reis - 2ª TEN ...
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-0
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 38288
ATENDIMENTO: 282553
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 202 LEITO: 01

DATA: 23/02/2017

SEXO: M
IDADE: 23a 2m 30d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Eritrócitos.....: 5,13 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 16,00g/dl
Hematócrito.....: 46,0%

Valores de Referências	
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

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....: 4.800mil./mm³

Valores Referências
4.000 - 10.000

Bastões.....:
Segmentados.....: 64
Eosinófilos.....: 2
Basófilos.....:
Linfócitos.....: 33
Monócitos.....: 1
Mielócitos.....:
Mielócitos.....:

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 209.000mm/3

100.000 mm/3 a 400.000
mm/3

OBS:

Método: Impedância/Difrações

16 MAI 2017

Luís Henrique dos Anjos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRP-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRP-PI 292

HAROLDOS LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRP-PI 0985

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 38288
ATENDIMENTO: 282553
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 202 LEITO:

DATA: 23/02/2017

SEXO: M
IDADE: 23a 2m 30d

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.
Método: Lee-White Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA
Normal: Neg tivo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL

Luís Henrique Vitorcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-7 / Mat. 14495-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

16 MAI 2017

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

CAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 38288
ATENDIMENTO: 282553
PACIENTE: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
DATA DO NASCIMENTO: 25/11/1993
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 202 LEITO:

DATA: 23/02/2017

SEXO: M
IDADE: 23a 2m 30d

GLICOSE..... 79 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático
Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl


Luis Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN. IN.
RGPM 105198193-2 / Matr. 10495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

16 MAI 2017

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO J. REAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.554.849 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/10

NOME FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

FILIAÇÃO MARIA ELIANE DE SOUZA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR - PI DATA DE NASCIMENTO 25/11/1993

DOC. ORGEM CERT. NASC. 184.161-2-161

EXP. CAMPO MAIOR - PI 29/01/01

TERCEIRA - PI

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 69.250/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 062.840.143-41

Nome FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Nascimento 25/11/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

16 MAI 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268765 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PE DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRCHNER. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR E AUMENTO DE VOLUME RESIDUAL EM TOPOGRAFIA DE REGIAO DORSAL DE PE DIREITO COM BLOQUEO DA FLEXAO E DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PE DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/06/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 22.02.2017 CPF DA VÍTIMA 062.840.143-41
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É POPA MIGUEL FURTADO
 ENDEREÇO DO PORTADOR POPA MIGUEL FURTADO BAIRRO CENTRO
 Nº 366 COMPLEMENTO CASA CEP 64.280.000
 CIDADE CAMPINA MAIOR UF PI CEP 64.280.000
 E-MAIL TELEFONE (86)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO INIL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.319/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGUROOTRABANISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12.05.17
 IDENTIDADE B.554.849-17
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Francisco Willas de Souza

SOJNO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268765 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA **Data do acidente:** 22/02/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO E 4º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PÉ DIREITO: 50% DE 50%

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2017

Carta nº: 11016170

A/C: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170268765 ASL-0187050/17
Vítima: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
Data Acidente: 22/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11034122

A/C: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Sinistro: 3170268765 ASL-0187050/17
Vítima: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
Data Acidente: 22/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2017

Carta nº: 11235525

A/C: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Sinistro: 3170268765 ASL-0187050/17
Vítima: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA
Data Acidente: 22/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 0000099539-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170268765 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO WILLAS DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R MIGUEL FURTADO n° 366 - CENTRO - CAMPO MAIOR/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3554849 - SSP**
Data local do exame: **23/06/2017 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE PE DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRCHNER. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU COM DOR E AUMENTO DE VOLUME RESIDUAL EM TOPOGRAFIA DE REGIAO DORSAL DE PE DIREITO COM BLOQUEIO DA FLEXAO E DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PE DIREITO. ESTA DE ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO PE DIREITO.

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

PE DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 23/06/2017

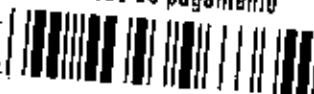
Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PE _____



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, FRANCISCO WILLAS DE SOUZA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.554.849-PI EXPEDIDO POR SSP-PI EM 20/12/10 E
CPF 062840143-41 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AUTÔNOMO
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO WILLAS DE SOUZA, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 89539-7

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

Campo Mourão-PI, 08 de MAIO

LOCAL E DATA

de 2017, Francisco Willas de Souza

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



16 MAI 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.000834/2017-20

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 11/05/2017 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

AV. SANTO ANTONIO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/02/2017 - 17:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO WILLAS DE SOUZA

RG: 3554849

Mãe: MARIA ELIANE DE SOUZA

Pat: NÃO DECLARADO

Endereço: RUA MIGUEL FURTADO, Nº 366

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

16 MAI 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE: "NO DIA 22/02/2017 POR VOLTA DAS 17H QUANDO O MESMO CONDUZIA A SEGUINTE MOTOCICLETA: HONDA/POP 110 I, 1616, BRANCA, GASOLINA, PLACA PIM-2083, CHASSI 9C2JD0100GR207672, LICENCIADA EM NOME DE ELIZANGELA RODRIGUES DE SOUSA, PELA AV. SANTO ANTONIO E NAS PROXIMIDADES DA PIZZARIA CHEIRO DE PIZZA, O MESMO COLIDIU EM OUTRA MOTOCICLETA QUE ADENTROU REPENTINAMENTE NA PISTA DE ROLAMENTO, CAUSANDO A QUEDA DO NOTICIANTE, ONDE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO PARA O HRCM, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. LUCAS GARIBALD CRM-PI 6499; ONDE O MESMO ESTAVA COM DIVERSAS FRATURAS EXPOSTAS EM PÉ DIREITO, ONDE DEVIDO A GRAVIDADE FOI DE IMEDIATO TRANSFERIDO PARA O HPM, EM TERESINA, ONDE REALIZOU FOI INTERNADO PARA REALIZAR OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; O MOTOCICLISTA QUE INVADIU A PISTA DE ROLAMENTO EVADIU-SE DO LOCAL". DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Francisco Willas de Souza
FRANCISCO WILLAS DE SOUZA - Notificante
Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
Mat.: 9510-9

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FRANCISCO WILLAS DE SOUZA, portador da carteira de identidade nº 3.554.849-PI e inscrito no CPF/MF sob o nº 062.840.143-41, residente e domiciliado na RUA MIGUEL FURTADO 366 - CENTRO, Cidade CAMPO MAIOR - PI, Estado PIAUÍ, 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.

16 MAI 2017

Francisco Willas de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campo Maior - PI, 08.05.2017.

Local e data