

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ranyere Martins Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400.283 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Luiz de Oliveira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 046-400-283/42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima Francisco Luiz de Oliveira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 941.025.383 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Av. Dom. Expedito LOPES	Número	241
Bairro	JUREMINHA	Complemento	- 1 -
Cidade	Oeiras	Estado	PIAUI
CEP	64500 000	Telefone comercial (DDD)	- 1 -
Fax		Telefone celular (DDD)	89-99408-3583

02 de JANEIRO de 2019
 Local & Data

Ranyere Martins Silva
 Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

10 JAN 2019

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO VIEIRA FERNANDES DE SOUSA

RG nº 1532889 data de expedição 03/04/18

Órgão SSP-P1, portador do CPF nº 260.750.308-67, com
domicílio na cidade de Olaria, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV: ANTONIO TAPIETTA - BANERO - TURINAPOLIS, n° 762.

complemento _____, 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 LUIZ ELIAS GOMES, cujo o condutor era

~~ANTONIO LUIS FERNANDEZ DE SOUZA~~

Véiculo: P&S - motociclo

Modelo: Horta-06-100-FA-ES?

Ano: 2012

Placa: GEP-5723

Chassi: 9C2KC 1670CK 598106

Data do Acidente: 28-07-2018

Local e Data: PL 15/04/2004

PROXIMO A CHTS CO SE TICARIA - NO MUNICPIO DE CAXIAS-PIAU. - 28.07.18

Antonio Luis Fernandes Souza
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Antônio Luís Fernandes de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

<p>4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos</p> <p>Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Olaria - RJ - 26913-175 2402-9315</p> <p>e-mail: certidomigueloliveira@uol.com.br</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA</p> <p>ABM 71921</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA</p> <p>ABM 71922</p>	<p>Selo de Fiscalização e Autenticidade</p> <p>Poder Judicante Estado do Rio de Janeiro Anos de Nossa Registre e judique</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA</p> <p>ABM 71921</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA</p> <p>ABM 71922</p>
---	---

PAR AVVENTI VADE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()
PROG AO 08.10

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
- Atendimento: P041104
- Data: 28/07/2018
- Funcionário: SILVA
- Registro: 24475
- Hora: 03:32:00
- Tipo: CONSULTA
- Sexo: FEMININO
- SUS

Senha 7

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS

Civil: OUTROS CE: 64500-000

(nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25 Profissão:

Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI

End.: LOCALIDADE SOTZAO, 0 -

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Cor: Parda

Telefone: ()

Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR

SUS:

Responsável: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA - Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

28/07/2018 3:32 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/07/2018 3:35 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/07/2018 03:35:52

499528-NATANIELA MOURA
PORTO ALEGRE

ANOTACOES DA CLASSIFICACAO DE RISCO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DIAGNÓSTICO

CID

9999

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO, PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

PRESCRIÇÃO MEDICA

1. VOLTAREN 01 AMP IM

1

OK

04:00

João Batista de Souza Santos
Tec. de Enfermagem
CREF/PI 1.103.677

Data: 28/07/2018 Hora: 03:43:29

CONDUTA MÉDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

2. Sutura + curativo

3. SF 0,5/500 ml + ampol 0,5EV.

4. Atm. Tensimol 100ml + 100ml SF 0,5%, EV. OK

João Batista de Souza Santos
Tec. de Enfermagem
CREF/PI 1.103.677

5. Plastil 03 amp + 40,EV. OK

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2018

PPVET

João Batista de Souza Santos
Tec. de Enfermagem
CREF/PI 1.103.677

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: francisca luciléte de gonzales da silva

ALA: 102 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>04:30 realização de curativo de fole foliátil com sufa desinfectante. Seguirer de 10ml 2 fio nylon 03 fios. Ativar fole, expurgo fole.</u>			<i>José Paulo Coimbra F. Silva Tec. em enfermagem 0309010047</i>
			<i>PJ CORRETORA DE SEGUROS</i>
			<i>10 JAN 2019</i>
			<i>DPVAT</i>
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

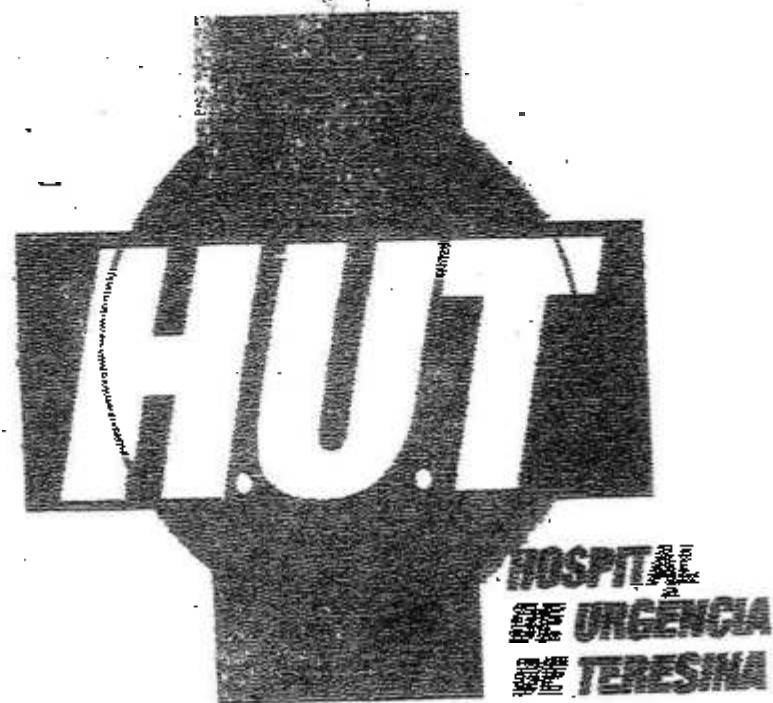
NOME DO PACIENTE: Francisca Languide Gonçalves da Silva

ALA: UPA ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/10/18

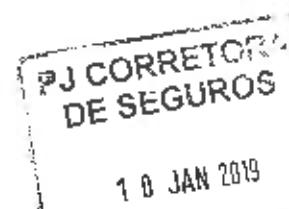
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
Ã	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<u>A 06:65 hrs: Realizado immobilização de panturrilha, utilizando algodão entubado + atadura (xarda 12 milímetros) + atadura de curva (3 mm) + esparadrapo.</u>			<i>Joana Paula Camilo F. Silva Técnica de Enfermagem CREFEN PI 04115109</i>
			<i>TP CORRETORA DE SEGUROS</i>
			<i>10 JAN 2018</i>
			<i>DPVAT</i>
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	



NOME DO PACIENTE: Francisca Suzileide G. da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 485288



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilio 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445
TOCANTINS-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0032-05

IMP: 19/28/2018 18:51:22

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

(Class: CELESTIAL)
(Telephone: ACCORD)

<u>Nome:</u> FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 485288
<u>Mãe:</u> ISABEL DOS SANTOS SILVA	<u>Pai:</u> ANTONIO GONCALVES DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - CEIRAS - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 03/08/1978	<u>Idade:</u> 45a0m1d	<u>Sexo:</u> Feminino
<u>Responsável:</u> FRANCISCA CARA	<u>CNS:</u> 780006198293100	
<u>Profissão:</u> DOJAR	<u>Documento:</u> RG: 24910003 - SSP PI	
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)	
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679354	Data: 14/08/2018 18:43:49	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES	Convênio: S U S		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

inal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Não evento recente	ORTOPEDISTA	Azul
<u>Breve História:</u> EXAMINADA DE CEIRAS C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 28/08/2018. RELATO DE TRAUMA EM MID. ENCAPUXINAMENTO RELATOU FRAUTURA DE TORNOCÉLIO D. NEGA OUTRAS QUINTXAS. (STCI) NO MOMENTO SEM QUEIXAS.			Profissional Clas. Risco:
ECG-15			 CLÁUDIA MARQUES BARBOSA MENEZES CORES 11 13683 em: 14/08/2018 18:51:21

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Penélope e o manto de Osmos
Rodrigues com sugestão de
Salmo 66 pelo Lito 10
Bem ordem de partes int.
m. O salto entre o

Dr. Lafayette Fontenelle B. Macerlin

MÉDIACO

CRM-PP-6474 / CRM-MA 8956

Pa. — X

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

18

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERROAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CEP

DATA: / /

HOFA:

Procedimento

15

Francisco Jamer
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura: Profissional Médico

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA 28/07/18 HORA: 11:00 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HRDC MUNICÍPIO: _____

MÉDICO: Guilherme Ues CRM: 4565

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Rebeca Izquierdo Correia de Sá

Idade: _____ anos Sexo: Masculino Feminino

HDA: fratura clavícula direita fratura fêmur fratura cotovelo E

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

RESPÔSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea

5- Orientado

6- Obedece a comandos

3- Comandos

4- Confusa

5- Localiza dor

2- A dor

3- Palavras Inapropriadas

4- Movimento de retirada

1- Nenhuma

2- Palavras Incompreensíveis

3- Flexão anormal

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemie: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Oxigênio Hidratação Venenosa _____
 Aspiração Medicinação _____
 Curativo Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica / Posto: Centro Senha: 13082018002

Assinatura e carimbo do Médico
 Data: 28/07/2018
 Hora: 11:00
 CRM: 4565 / CCR: 14058
 CNPJ: 01.4665.1000-18

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	HRDC	Para:	HUT
Nome da Pessoa Encaminhada:		Francisco Lúcio de Oliveira de Souza	
		Registro:	
Motivo do Encaminhamento: fratura / luxação tarsalgés destruído + fratura colo do fêmur E			
Observações: Necessidade de enxerto			

28/07/18 Data	Responsável pelo Encaminhamento 	OBS: Deve ser Arquivada o Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.
------------------	---	--

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente	
Diagnóstico e Orientações: 	
1/1 Data	Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/08/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Luzelito Gonçalves da Silveira</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>10000000000000000000</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frax. Fract. Fract. Fract.</u>	CIRURGIA:	<u>NEF. DE LACO / TROCA</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>DR. ANGEL</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>CHÉCOA</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Eveldone</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>F e F, 5</u>	PAR	<u>011</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	<u>011</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>04</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>50</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>011</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>02</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>10</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>02</u>		<u>Carepa</u>			<u>04</u>

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				
CAT. GUT. CROMADO C/AG				
CAT. GUT. CROMADO S/AG				
ALCOFIL				
MONONYLON	<u>20</u>	<u>04</u>		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL		<u>02</u>		CIRCULANTE:
PROLENE				

DR. JOEL CAMPUS M. L. J.
CENTRO DE TRAUMATOLOGIA
386-581-312-08



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório *Parva Rádio DIREITO / Tumor*

Operação - Tipo *DAN Rádio DIREITO + SRAZ Tumor*

Cirurgião *Joel Campus*

1º Assistente *...*

...

2º Assistente *Ricardo*

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*DR. JOEL CAMPUS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRMO-PI-1930 / CRM-SP-38.216-8*

Relatório Imediato do Patologista

*DR. JOEL CAMPUS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRMO-PI-1930 / CRM-SP-38.216-8*

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Dren Rádio D... 18ml n. 10x, tipo antip 10ml
2. Imoz ml n. 10ml - ómicas p/ 100 ml drenas
3. Imoz ml p/ ml
4. Saz ml

*DR. JOEL CAMPUS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRMO-PI-1930 / CRM-SP-38.216-8*



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

220691

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123223

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	220691

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA	6 - Frontuário: 485288			
7-CNS: 700006198293100	8-Nascimento: 03/08/1973	9-Sexo: Feminino	RG: 24910003 - SSP PI	
11-Mae: ISABEL DOS SANTOS SILVA	12-Fone: 89-98809-3630			
13-Resp: FRANCISCA IARA	14-Coz: Sem Informação			
15-Endr: POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - CEP: 64500-000	16-Munic: OETRAS	17-Cod. IBGE: 220700	18-UF: PI	19-CEP: 64500-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**TRAUMA EM TORNOCOLO
DOR, EDEMA E DEFORMIDADE**

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSITA TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CIN: **Prin:**

5823

25-CID Ser:

26-CID C. Aan:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÍLÃO TIBIAL	tempo: 1
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Escum.: 01
	32-Docum.: 02	33-Bcc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LIAO TSE FRONTIERE DA SILVA FEITOSA	34-Data Solicitação: 14/08/2018	<i>Dr. Laizley Fontenelle B. Macedo MEDICO CRM-PB-0474 / CRM-MA-8956 Assinatura e Crimbro N. 6.501 / SP</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	21-Data:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBCXI:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado : () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Seg. zado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
(<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF			

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gleice Andrade

Usuário: **(LIAO TSE)**
Consulta Local: **679351**
Consulta SUS:
Impressão: **14/08/2018 19:49:47**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR

Nº LAUDO: 123223

AIH: 2218101599868

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	FRANCISCA ZULEIDE GONCALVES DA SILVA	03/08/1973	F	435088
DOCUMENTO	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
	89982093630	FRANCISCA IARA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO	MUNICÍPIO	NUMERO / LOTE	
		220700 OEIRAS	80	
BAIRRO	COMPLEMENTO			UF
ZONA RURAL - BR020				PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

INCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA TORNozELO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS - RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10
SECUNDÁRIO

CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

S523 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805043 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PÍLÃO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

SOLICITAÇÃO

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

URGÊNCIA

14/08/2018

CPF: 74663593372

CRM:

DATA ADMISSÃO

DATA ALTA

MOTIVO ALTA

14/08/2018 09:00

16/08/2018 09:00

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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 AVIAÇÃO / AUDITÓRIA

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF 06570216368 CRM

DATA ANALISE 22/08/2018 09:21:29 - CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome:	Fca. Luzilene G. da Silva	Salas:	Alergia:	Data:
Procedimento:	Fratura de tornozelo	Chirurgão:	Observações:	

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam	5mg												
2 Bupivacaina 15 mg	2												
3 malina	80ug												
4 Cetadolime	1g												
5 Dexametasona	1amp												
6 Temoxicon	1Pc												
7 Bromopropide	1amp												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Alcool													
A. 420													
Volátil	%												

Acesso Vascular

- Periférico M.S.D
- Cat. Venoso nº 20G
- Dificuldade aces. venosa
- Gastos cateteres
- Central...

Via Aérea

150

- Cateter nasal
- IDT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: dorsalSPO2 (%) 99-99-99%
ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Pardes Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Sedação com midazolam

Raquianestesia cl. Quincke 26G 6ml

Liquor claro

Injeção caina paracida 15mg + mafetina 80mg

Dr. Djalma Almeida
CRM 4225

Anestesiologista


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

 Rua Dr. Olívo Tito 1823 - Beldêncio - Fone: 66 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.372.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

 Paciente: **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA** (Prontuário: 485288)

Endereço: Povoado Soizao - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 03/08/1973 Idade: 45a3m3d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 679354

Requisição: 864467 Solicitação: 14/08/2018 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 1069826 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 14/08/2018

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes desalinhadas distais nos ossos da perna.
- Aumento de volume de partes moles.

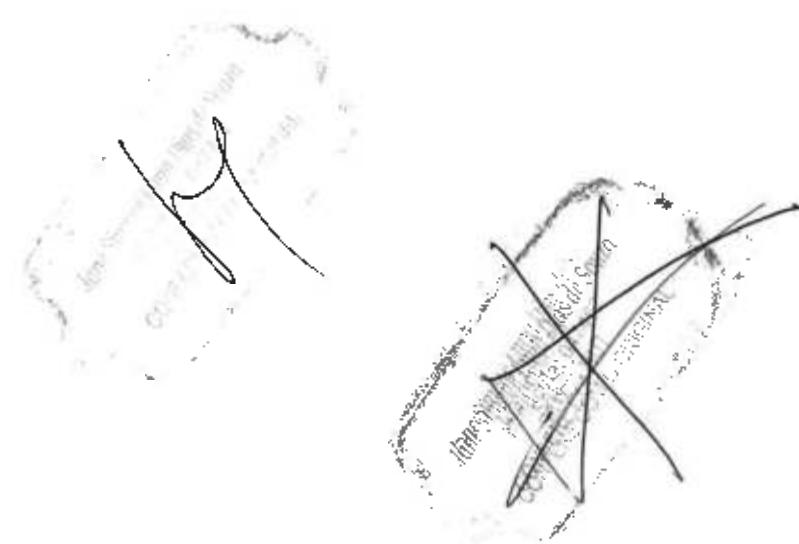
(Francisca Silva)

TERESINA - PI 08/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Prontuário: 96.0001. Responsável?



MS-DATASUS
VERSÃO: 16.30

PRÓGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
ESPELHO DA AIH

PAG.: 10

O.E.: E220000001 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 09/2018 DATA: 12/09/2018

Nº AIH: 221810222666-3 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2018 Data Autorização: 28/07/2018

Especialidade: 08 - CLÍNICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 0SF1A8587E

Doc autorizado: 705709454436030 Doc med resp: 207284649980001 Doc diretor clínico: 207284649980001 Doc médico solic: 170372001800007

CNS: 70000619820310-0

CNES: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Prontuário: 27218

Paciente: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data Nasc.: 03/08/1973 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc.: 2491003

Responsável pac.: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA Nome da Mae: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Endereço: ACESSO SOIZAO Bairro: Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APlica

Município: 220700 - OEIRAS UF: PI CEP: 64500-000 Telefone: (89)9880-99630 Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado: 03.09.01.001-0 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.09.01.001-0 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 28/07/2018 Data saída: 14/08/2018 Mot saída: 81 - TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Crnpt	Descrição
1	0308010019	170372001800007 225125	2777762	2777762	1	07/2018	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	030101010170	170372001800007 225125	2777762	2777762	18	07/2018	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0202020380		2777762	2777762	1	07/2018	HEMOCRITOS
4	0202020029		2777762	2777762	1	07/2018	CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	0202010473		2777762	2777762	1	07/2018	BOSAGEM DE GLICOSE
6	0202010317		2777762	2777762	1	07/2018	DOSAGEM DE CREATININA
7	0401010015	170372001800007 225125	2777762	2777762	6	07/2018	CURATIVO GRAU II C/ OUSI DEBRIDAMENTO
8	0802010199		2777762	2777762	8	07/2018	DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CID SECUNDÁRIO

Cid: V299 Característica: Descrição: MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascedos Número de Saldas Nº Pré-Natal: -

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos: -

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12998, este relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

SUS

**SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUÍ
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH**

- Nome	UNIDADE	Código / CNPJ
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO		06.553.564/0013-71
- Endereço	Município	UF
Av. Rui Barbosa, 586	OEIRAS	PI
- CEP	FONE	
4.500-000	(89) 3462-1213	

ÓRGÃO EMISSOR										
Nome do Paciente	Priscila Lyndi Geronimus de Siqueira									
Endereço-Rua-Número-Bairro	2001 5022-90									
CEP	Data do Nascimento	SEXO	Masculino	Feminino	CONDICAO	Segurado	Cônjuge	Filhe	Outro Dep	
64.500-000	03.08.1973	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	
Nome do Segurado										
PIS/PASEP N° Individual	Vínculo com a Previdência	Nº do Billetete								
	Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado	Série								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9		
PP do Médico Solicitante	Proced. Solicitado	Cart. Int.	Data Emissão	CPF Médico Responsável	CNPJ da Empresa					
50.715 373-20	03.08.01.001-9	02	28.07.18	138.141.173-87	CNPJ da Empresa					
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Cause Externa	CNPJ da Seguradora	Nº do Bilhete		Série				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
<p>Paciente vítima de acidente motorizado apresentando ferida de 20x2 cm na face distal</p>	
	

- Condições que Justificam a Internação	
<p>Acidente de trânsito</p>	

- Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
<p>Exame clínico</p>	

- Diagnóstico Inicial	Clinica				
Frota - Hb. e Hct. obtida (D)	Cirúrgica Obstétrica Cli. Médica				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3			
- Procedimento Solicitado	Fisioterapeuta Psiquiátrica Pediátrica Outros				
Internamento hospitalar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)	CRM	Data
		28.07.18

FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: Francysca Izaynide Gonçalves da SilvaEndereço: 1000, Serrado Cidade Oeiras Estado PE

Registro do HRDC: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: Isabel dos Santos Silva

Nº Documento do Paciente: _____

Responsável: _____

Data do Nascimento: 03 / 08 / 1973SEXO: Masculino
Feminino CLÍNICAS: Médica: Cirúrgica: Obstétrica:
Psiquiátrica: Pediátrica: Outras: Data da Internação: 28 / 07 / 2018 Às 08:27 hsData da Alta: / / Às _____ hsANAMNESE: Qd. Interno de 10 dias
Ex: endométrio com frotinhas de
dois + fômites no Ranhado.
Qd. + edema + um exato maior no j.
H. I = Asthma bronch + fômites

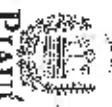
RESUMO DA ALTA

Condições de Alta: Curado: Melhorado: Transferido:
Óbito: Por evasão: A pedido: Data: / /Médico Responsável
CRM e CPF

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO GOUVÉA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h

UPA 24h



NOME DO PACIENTE: Franciscusca Souza da Silva | ALA 13

DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1923

ENFERMAG: 07 | LEITO: 04 | N° PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 14/03/2013 | PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1500ml soro fisiológico - muco
1500ml soro fisiológico - muco
1500ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico
1000ml soro fisiológico

1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco
1000ml soro fisiológico - muco

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UPA 24h



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**

HRDC
HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT CORPORATION OF CANADA

PLAUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

卷之三

NOME DO PACIENTE: Edvaldo
DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1973

NOME DO PACIENTE: Guilherme **DATA DE NASCIMENTO:** 08/03/1993

ENFERMÁRIA: 03 LEITO: 04 N.º PRONTUÁRIO:

DATA _____
PRESCRIÇÃO MÉDICA _____

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

Ex: Aljate reprezinta un membru fratnelor

12 de febrero de 1910

Die oral line

Tecnología
COREN-PI: 1229051

110

110

Wiederholung: Wiederholung ist eine Wiederholung einer Wiederholung.

104

100

111

१२८८. R. Rattanu निर्माण

111

111

卷之三

111



PIAUÍ
20 DE FEVEREIRO DE 2000

**HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA		ENFERMARIA: 01	LEITO: 04	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1973		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	# FRATURA FECHADA DE TÍBIA/FÍBULA D AGUARDANDO REGULAÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
12/08/2018	1) DIETA ORAL LIVRE 2) JELCO SALINIZADO 3) OMEPRAZOL 20 MG-1 COMP, VO, PELA MANHÃ 4) FILATIL 20MG+AD EV 12/12H 5) DIPIRONA 40 GOTAS VO 6/6H SE DOR OU FEBRE 6) ONDASETRONA 40 GOTAS VO 8/8 S/N 7) LIQUEMINE 5000 UI/0,25ML SC 12/12 H 8) MMGH 9) CABECEIRA ELEVADA 10) SSVV+ CCGG	OK OK OK OK OK OK OK OK OK OK	8:00 AM. Colocada cabeceria conforme prescrição Mário de Fátilma dos Santos Técnica de Enfermagem COREN-PI 1229051	



Piatelli

ગુજરાતી માનવસત્તુ

**HÓSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA**

HRD
ESTUDOS, REVISÃO, DESENVOLVIMENTO

NOME DO PACIENTE: FRANCISCA LUZINEIDE G. DA SILVA		ENFERMARIA: 01	LEITO: 04	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 03/08/1973		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
09/08/2018	#FRATURA FECGHADA DE TÍBIA/FÍBULA D# PACIENTE REFERINDO DOR			
	1) DIETA ORAL LIVRE			
	2) JELCO SALINIZADO			
	3) OMEPRAZOL 20MG, VO, PELA MANHÃ			
	4) DIPIRONA - 40 GOTAS, VO, 6/6H SE DOR			
	5) TILATIL 20MG + AD, EV, 12/12H			
	6) UQUEMINE 5000UI - 01 AMP, SC, 12/12H			
	7) AGUARDA REGULAÇÃO			
	8) CCGG + SSVV			



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Ortopedista

Nome do Paciente: Francisco Izquierdo Gonçalves da Silva - Dat. Nasc.: / /
Clínica: _____ Ata: _____ Enf: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente motociclistico que caiu de moto na estrada
da fibra e fez o fêmur
fraturado

Data: 25 / 07 / 18

Assinatura: Jacqueline B. Alencar

Médica
CRM PI 0100

PARECER:

fratura de fêmur + fratura direita
fratura cotovelo FE

o seu andamento p/ 7 dias a seguir

Data: 28 / 07 / 18

Assinatura: J

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

Nome do Paciente: Fábio Cezar de Oliveira Dat. Nasc.: / /

Clinica: _____ Ata: _____ Ref.: 01 Leito: 09

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Feminino, meia idade, no
trabalho esgotado e
exausta, impossibilitado de
realizar suas atividades.

Data: 14/08/18

Assinatura: 

PARECER:

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: 

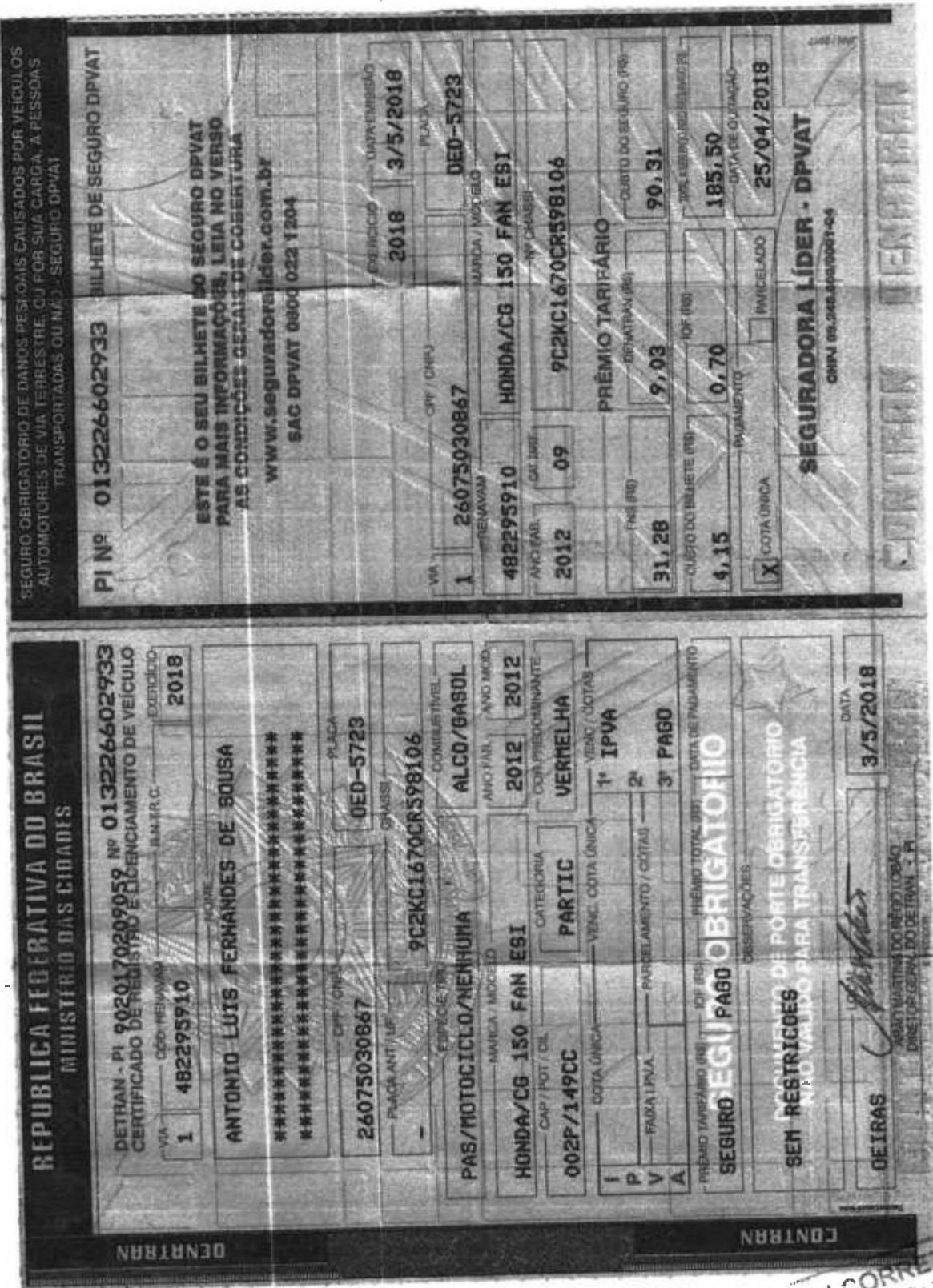
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
2.491.003	21/08/02
NOOME	FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA
FILIAÇÃO	ANTONIO GONÇALVES DA SILVA ISABEL DOS SANTOS SILVA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PICOS - PI	03/08/73
DOC. D'ARGEM	
CERT. CAS. N° 1176 - L 05 FIS 77 4 OFÍCIO SEIRAS 24/08/92	
ASSINATURA DO RETOMANTE	
LEI N° 7.116 DE 29/05/83	





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019



PIJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

OPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190025158**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOC SOIZAO - RURAL - Oeiras - PI - CEP 64500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2491003**

Data e local do acidente: [**28/07/2018**] **OEIRAS - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**21/01/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de cotovelo esquerdo Fratura luxação de tornozelo direito

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em tornozelo direito e cotovelo esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+3+). Déficit de força grau 2.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
 DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cotovelo esquerdo
 Fratura luxação de tornozelo direito

Descrição do exame físico: Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15 graus), flexão plantar (realiza 0-20 graus), abdução (realiza 0-15 graus) e adução (realiza 0-15 graus) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110 graus) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio, Limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.
 Indenização em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular.
 Indenização em grau leve do cotovelo E devido a limitação da flexo-extensão articular.
 Quadros estabelecidos.
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
 DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cotovelo esquerdo
 Fratura luxação de tornozelo direito

Descrição do exame físico: Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15 graus), flexão plantar (realiza 0-20 graus), abdução (realiza 0-15 graus) e adução (realiza 0-15 graus) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110 graus) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio, Limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.
 Indenização em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular.
 Indenização em grau leve do cotovelo E devido a limitação da flexo-extensão articular.
 Quadros estabelecidos.
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA LUZILENE GONCALVES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADA
Identidade: RG 2.491.003 SSP-PI
CPF: 941.025.383-72
Profissão: LAVRADOR
Endereço: LOCAZINHO - SOI 2A0
CEP: 64500-000 - ODEIRAS-PIAUÍ
Telefone: (89) 9889 3630 - 89-99466-8999

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164-096-SSP-PI
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. DOM - EXPERTO 1096 - 241 - FUREMINTA
CEP: 64500-000 - ODEIRAS-PIAUÍ
Telefone: (89) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA ÚDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: FRANCISCA LUZILENE GONCALVES DA SILVA

 04/12/2018 DE DEZEMBRO DE 2018

Local e data


Francisco Luzilene Goncalves da Silva
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: carolinelengelina@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCA LUZILENE GONCALVES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. ABM DA VERDADE.
DEIRAS-PI 24/12/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71
Setor ADM, 71923 (F3P17)
Assinatura da Tabelionária de 3º SÍGNEA ESCRIVENTE AUTORIZADA
CAROLINE LENGELIN DE SOUZA

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABM 71923



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010595/19

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA S

CPF: 941.025.383-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA : 941.025.383-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025158

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025158

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190025158**

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000026203-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

0000595/19

CPF da vítima:

941.025.383-72 Francisca Luizide Gomes de Oliveira da Silva

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Francisca Luizide Gomes de Oliveira da Silva

CPF:

941.025.383-72

Profissão:

DO LAR

Endereço:

LOCALIDADE - SP 220

Número:

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

DEIRY

Estado:

PR

CEP:

64500-000

E-mail:

TEL (DD D):

89-98805-3630

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 26203 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credor na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recibo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desse já e somente após a efetivação do crédito, a liberação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me surometer à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que atenderem a esse critério, e não em caso de morte da vítima, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação da Seguradora Lider de responder, latente, à responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 10.01.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

1º | Nome: 18 JAN 2019
CPF: _____
Assinatura: _____

2º | Nome: 18 JAN 2019
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura: _____

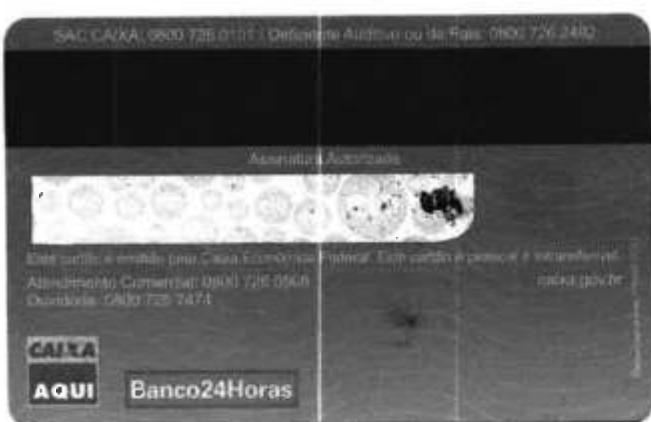
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SAC CAIXA: 0800 725 0101 | Disque Atendimento da Fazenda: 0800 726 2482





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA,OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P041104 Registro: 24475
Data: 28/07/2018 Hora: 03:32:00
Funcionario: SILVA Tipo: CONSULTA
 Sexo: FEMININO

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA CPF: - RG: - CARTAO DO SUS
nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS,11 MESES,25 Profissão: Civil: OUTROS CEP:64500-000
End.: LOCALIDADE SOIZAO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI
Mae: ISABEL DOS SANTOS SILVA Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR SUS:
Nome: FRANCISCA LUIZELIDE GONCALVES DA SILVA - Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

28/07/2018 3:32 0301060116 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
28/07/2018 3:35 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente X Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Nilo

ASSINATURA DO PROFISSOR

ANOTACÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DADOS CLÍNICOS

DADOS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

499526-NATANIELA MOURA
PORTEL-FREITAS

DIAGNÓSTICO

CII

9999

EXAMES COMPLEMENTAIRES

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRICAO MEDICA

PREScrip~~TO~~ MEDICA

Data: 28/03/2018 Hora:03:43:29

2. Sutura + curativo
3. SF 0,5% 500 ml + complexo B, EU.
4. ~~1000~~ Tramadol 100mg/ml + 100ml SF 0,5%
5. Plastisol 0,5% ampol + 50, EU. *PIE*

Join [Kiran's Support Team](#)
T.O. of [Kiran's Support Team](#)
contribution: 1,104,637

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: funcionária luciléte de gonzalves da silva

ALA: UFA ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
N	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
H	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
A	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
A	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
R	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
D	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<i>04:30 realização enteral por enema</i>			
<i>06:05h folioclave sufa dilatador de</i>			
<i>500ml de 10ml 1 fio na len 03 juntas</i>			
<i>Atendente: Enfermeira</i>			
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	

Jenna Paula Camilo F. Silva
 TÉCNICO ENFERMAGEM
 CREF/PI 14449/0009

PJ CORRETORA DE SEGUROS

11 JAN 2019

DPVAT

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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000026203-8

Nr. da Autenticação B5E46FA80777A6E4



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

1300059140

01.1526.62

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 05.860.249/0001-89 | Insc. Federal 19.362.310-6
Nº de Fórum: Conselho de Energia Elétrica - 5468-1
Regime Operacional de Preços Automatizado para SEPAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

DEZ/2018 / 2018-12-17

CONSUMO (kWh) / TOTAL A PAGAR (R\$)

129 / 70,42

FRANCISCA LUIZETE DE GONÇALVES DA SILVA

LC SOIZAO 0 B-RURAL

CPF: 66084102538372

CEP: 64.500-000 - DEIRAS

DADOS DA LEITURA

Atual:	8606	Anterior:	1.000	Consumo Multiplicador:	129	Consumo Medido:	129	Consumo Faturado:	NORMAL
--------	------	-----------	-------	------------------------	-----	-----------------	-----	-------------------	--------

DATAS DA LEITURA

Atual:	06/11/2018	Anterior:	03/01/2019	Proxima Leitura:	04/12/2018
				Embalado:	05/12/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL	MORADA	ALIMENTAÇÃO	FONTE	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	MESMO 12 MESES
HISTÓRICO kWh						
NOV/18	131			70 A R\$ 0,481824 =	33,72	
OUT/18	131			29 A R\$ 0,722779 =	20,95	
SET/18	136			DIFERENÇA DE TARIFA	42,78	
AGO/18	117			SUBVENÇÃO BAIXA REINDA	29,82	
JUL/18	114			CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/18-00	0,32	
JUN/18	129			MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,83	
MAI/18	134			JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,21	
ABR/18	131			ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,63	
MAR/18	121					
FEV/18	134					
TARIFA DE TAMBORE:						
9 R\$ 38 - 0,198646						
31 R\$ 180 - 0,225735						
101 A 129 - 0,502599						

PARABÉNS! NENHUMA Fatura vencida em 2018. CONFORME
ME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 04/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

6F38.88F9.3C25.85B3.195D.7CA6.5891.1E67

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	
Distribuição:	40,05
Energia:	6,30
Transmissão:	6,38
Encargos:	32,09
Tributos:	

IMPOSTOS/RETIBUTOS (R\$)	
Base de Cálculo:	22,00%
Alíquota ICMS:	23,29
Valor do ICMS:	1,56
Valor do PIS:	7,24
Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIAS
0,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

