

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 fixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 Francisca Luzide de Góes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400.283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVA/FDE2 da Vítima FRANCISCA LUZIDE DE GÓES SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.025.383 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

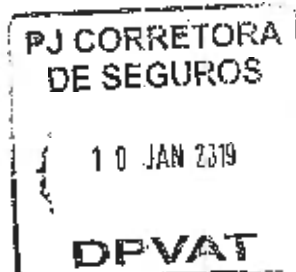
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número <u>241</u>	Complemento <u>- / -</u>
Barrio <u>JURE MENTU</u>	Cidade <u>DEIRAS</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64500-000</u>
Telefone comercial (DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3523</u>	

DEIRAS 02 de JANUÁRIO de 2019
Local e Data

Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

RG nº 1532889, data de expedição 03/01/18

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 260750.308-67, com domicílio na cidade de DETRAS, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. ANTONIO TAPETY - BARRO JURUENHA, nº 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 FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES SILVA cujo o condutor era

ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

Veículo: PAI - MOTORCICLO

Modelo: HONDA - CG - 100 - FANES?

Ano: 2012

Placa: GED-5723

Chassi: 9C2KC1670CR598106

Data do Acidente: 28-07-2018

Local e Data: PI, ESTRADA RUA LUIZ DE ALMEIDA TANQUE - PIAUI

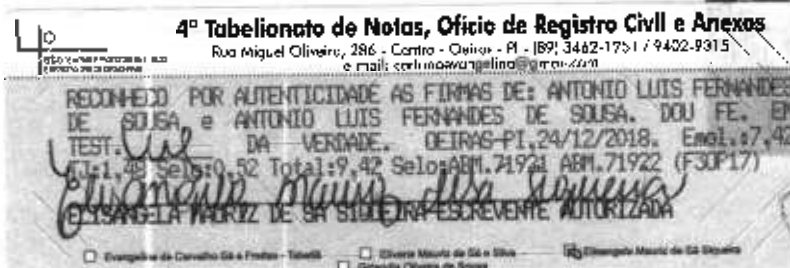
PROXIMO A CHRIS G S E HENRIQUE - NO MUNICIPIO DE DETRAS - PIAUI - 28-07-18

Antonio Luis Fernandes de Sousa

Assinatura do Declarante

Antonio Luis Fernandes de Sousa

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



POR AUTENTICIDADE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

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

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

- Atendimento: P041104
Data: 28/07/2018
Funcionario: SILVA

Registro: 24475
Hora: 03:32:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 7

SUS

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS

fasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25

Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

Ind.: LOCALIDADE SOÍZAO, 3 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

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

SUS:

responsavel: 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

ANOTAÇÕES 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.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/07/2018 03:35:52

499528-NATANELA MOURA
FORTELA-FREITAS

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

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO, PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

PRESCRIÇÃO MEDICA

1. VOLTAREN 01 AMP IM

1

OK

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

04:00

CONDUÇÃO MEDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

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

2. Sutura + curativo

3. SFO, 500 mg + ampicilo 0,5 EV.

4. ~~At~~ Tramadol 100mg/ml + 100mg SFO, 500 mg EV. OK

5. Plavix 0,5 amp + 40 EV. OK

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: franeisea luzilê de gonalves da silva

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

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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		

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
04:30 realização curativo per urethra 05:00 poliduro extra digestivo Seringas de 10ml 1 fio no local 03 gases Atenção, Espirinha po.		<p>Joana Paula Gomes E. Silva Téc. em Enfermagem COBEN - PIAUÍ</p> <p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p>10 JAN 2019</p> <p>DPVAT</p>
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 Lanzileide Gonçalves da Silva

ALA: UPA ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/10/16

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
As 06:45 hrs: Realizado imobilização de		Joana Paula Camilo F. Silva Téc. em Enfermagem COREN - PI 001751029	
prótese, utilizando algodão capilar +			
cataplasma quente (2 unidades) + atadura			
de curon (3 unid.) + esparadrapo.			
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	PJ CORRETORES DE SEGUROS 10 JAN 2018 DPVAT
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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	

Joana Paula Camilo F. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 01151029

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

10 JAN 2016

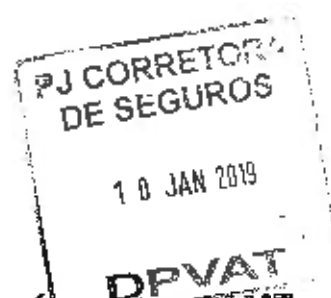
DPVAT



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisca Luzileide G. da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 485288



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 Tillo 1820 Raderção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.525.917/0022-00

Imp: 14/08/2018 18:51:22

BOLETIM DE ENTRADA - BE

(Cada: CLERTANA)

(Refecão: ACCR11)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA		Prontuário: 485288	
Mãe: ISRAEL DOS SANTOS SILVA		Pai: ANTONIO GONCALVES DA SILVA	
End. Resid.: POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - OBRAS - PI - CEP: -			
Nascimento: 03/08/1973	Idade: 45a0m1d	Sexo: Feminino	Fone: 99-99809-3630
Responsável: FRANCISCA LARA		CNS: 700006198293100	
Profissão: DOJAR		Documento: RG: 24910003 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

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: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Não evento recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Azul
Breve História: ENCAMINHADA DE OBRAS C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 28/08/2018. RELATO DE TRAUMA EM MID. ENCAMINHAMENTO RELATA FRATURA DE TORNOMELO D. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (STC) NO MOMENTO SEM QUEIXAS. ECS-15			Profissional Clas. Risco: CLERTANA MARQUES BERNARDI BIRTS COREN PI 136833 Em: 14/08/2018 18:51:21

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

<p><i>Perda momentânea de membros.</i> <i>rodutivos com sangramento</i> <i>hematoma no pulso direito (D)</i> <i>Boa cond. após de mais info</i> <i>em O. S. de saúde.</i></p> <p><i>4.08.18</i></p> <p>Dr. Lafayette Gonçalves B. Macedo MÉDICO CRM-PI 6474 / CRM-MA 8956</p>				<p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p>10 JAN 2019</p> <p>DPVAT</p>
PA <input checked="" type="checkbox"/> X mmHg	FC: <input type="checkbox"/>	bpm	CTD:	
Diagnóstico Inicial:				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

<p><i>[Handwritten signature]</i></p>			
---------------------------------------	--	--	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / /	HORA: : :
Procedimento	CID

Francisca Lame Gonçalves da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 28/07/19 HORA: 1/1 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HRDC MUNICIPIO: _____

MÉDICO: Fernando Mes CRM: 4565

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisca Inês de Sousa

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino (x) Feminino

HDA: fratura / luxação / fratura de

fratura costela E

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

T ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)


HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: MUT

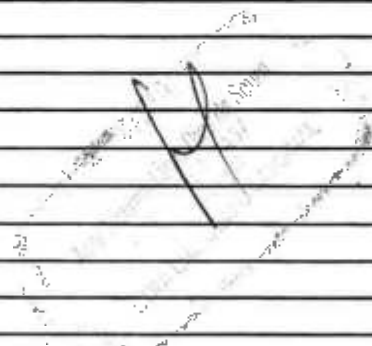
Clínica / Posto: Ortopedia Senha: 13082018002

Assinatura e carimbo do Médico

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	HRDC	Para:	HUT
Nome da Pessoa Encaminhada:	Francine Luzinete Gonçalves de Silva	Registro:	
Motivo do Encaminhamento:	fratura / luxação tornozelo direito + fratura cotovelo E		
Observações:	Necessidade de engate		
28/07/18 Data	 Responsável pelo Encaminhamento		OBS: Deve ser Arquivado o Centro da Saúde Unidade Mista e Hospitalar local ou regional

FICHA RETORNO

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

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Luiz de Almeida</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>2111</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Prostata Prostata / Tumor</u>	CIRURGIA: <u>Prost. Aberta / Tumor</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Chico</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Evelandine</u>	CPF Nº:

DR. JOEL CAMPOS NETO
CRM-PA 313-08
CRM-PR 313-08
CRM-TO 313-08

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7 e 7,5</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		<u>Crepam</u>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
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>		04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		02		CIRCULANTE: <u>Y</u>			
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
CRM-PA 313-08
CRM-PR 313-08
CRM-TO 313-08



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

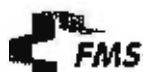
Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório <i>Prima Ruptura Total / Torsão</i>			
Operação - Tipo <i>DATA R Ruptura Total + DATA TORSÃO</i>			
Cirurgião <i>JOEL CAMPOS NETO</i>		1º Assistente <i>CHACAR</i>	
2º Assistente <i>RI BENESE</i>		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1. 30m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*
- 2. 10m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*
- 3. 10m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*
- 4. 10m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 / CPF: 306.881.317-63



220691

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

**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: 220691
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
TRAUMA EM TORNOZELO DOR, EDEMA E DEFORMIDADE			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
RX			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>			
Fratura da extremidade distal da tibia			
24-CID Prim:		25-CID Sec :	26-CID C.Aux.
S823			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL		Tempo (h): 1
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Rec. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72	Dr. Lajoyte Fontenelle B. Macedo MEDICO CRM-P 6474 / CRM-MA 8956 35-Ass. Carimbo M. (Solic.):
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA			34-Data Solicitação: 14/08/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Data:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CECA:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 14/08/18	50-Carimbo (Rg. Conselho):
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Laio Tse</i>
		52-Carimbo Local: 679354 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
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCA ZULEIDE GONÇALVES DA SILVA	NASCIMENTO 03/08/1973	SEXO F	PRONTUÁRIO 435283
DOCUMENTO	TELEFONE 89988093630	NOME DA MÃE ISABEL DOS SANTOS SILVA	RESPONSÁVEL FRANCISCA IARA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE 50	
BAIRRO ZONA RURAL - BR020	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 220700 OELIRAS		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA TORNOZELO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS - RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID-10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

**CID-10
SECUNDÁRIO**

CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER

URGENCIA

SOLICITAÇÃO

14/08/2018

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

CPF: 74663593372

CRM:

DATA ADMISSÃO

14/08/2018 09:00

DATA ALTA

16/08/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

**PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))**

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LIJZ EDSON DOS SANTOS COSTA

CPF 06570216368

CRM

DATA ANALISE 22/08/2018 05:21:29

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: Fra. Lusilda G. da Silva Sala: Alergia: neq. Data:
Procedimento: Fratura de tornozelo Cirurgião: Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam													
2 Bupivacaína 0.5%	15 mg												
3 morfina	80 mg												
4 cetazoline	1g												
5 Dexametasona	1 amp												
6 Tenoxicam	1 PR												
7 Bromopride	1 amp												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Inicio													
A. 120													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSD
- Cat. Venoso nº 20G
- ☐ Dificuldade de aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IDT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	99% 99% 99%
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

Sedação com midazolam
Raqui-anestesia 266 Lb/L
liquor claro
bupivacaína 0.5% 15mg + morfina 80mg

Dr. Denis A. Cavalcanti
Anestesiologista
C.R.O. 14.256

Anestesiologista



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ollio Tito 1823 - Rodagem - Fone: 66 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.332.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA** (Prontuário: 485286)
 Endereço: POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - DEIRAS - 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: S U S

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.

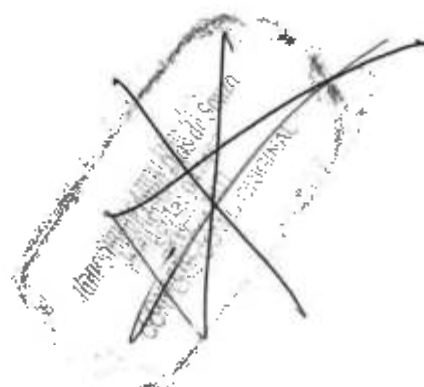
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



MS-DATASUS
VERSÃO: 19.30

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

PAG.: 10
DATA: 12/09/2018

O.E.: E220000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 09/2018

Núm AIH: 221810222666-3 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2018 Data Autorização: 28/07/2018

Especialidade: 05 - CLINICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 08F1A8587E
Doc autorizador: 705709454436030 Doc med resp: 207284649960001 Doc diretor clínico: 207284649960001 Doc médico solic: 170372001800007
CNS: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO CNS: 70030619829310-0
Paciente: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA Prontuário: 27213
Data Nasc.: 03/08/1973 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 2491003
Responsável pac.: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA Nome da Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA
Endereço: ACESSO SOIZAO Bairro: Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (89)9380-93630 Moda Proc.: NÃO
Município: 220700 - OEIRAS UF: PI CEP: 64500-000
Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
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 d/ Qtd	Gmpt	Descrição
1	0308010019	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	07/2018 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	170372001800007	225125	2777762	2777762	18	07/2018 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0202020380			2777762	2777762	1	07/2018 HEMOGRAMA COMPLETO
4	0202020029			2777762	2777762	1	07/2018 CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	0202010473			2777762	2777762	1	07/2018 DOSAGEM 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/OU S/ DEBRIDAMENTO
8	0802010189			2777762	2777762	8	07/2018 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR

CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal: -
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

UNIDADE		Código / CNPJ	
Nome: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71	
Endereço: Av. Rui Barbosa, 586		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	FONE: (89) 3462-1213		
ÓRGÃO EMISSOR			
Nome do Paciente: Francisca Myllene Gonçalves de Silva			
Endereço-Rua-Número-Bairro: LOC. SOZZAO		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	Data do Nascimento: 03.08.1973	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	CONDIÇÃO: Segurado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro Dep <input type="checkbox"/>
Nome do Segurado:			
PIS/PASEP Nº Individual:	Vínculo com a Previdência: Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Segurado <input checked="" type="checkbox"/>	CNPJ da Empresa: 06.553.564/0013-71	
CPF do Médico Solicitante: 50.715.373-20	Proced. Solicitado: 03.08.01.001-9	Cart. Int.: 02	Data Emissão: 28.07.18
CPF Médico Responsável: 138.141.173-87		Ass. Médico Responsável:	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO: Causa Externa <input type="checkbox"/> CNPJ da Seguradora:		Nº do Biliete:	Série:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de acidente motorístico apresentando fratura de fêmur e fratura distal

Condições que Justificam a Internação:

de acordo com

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

Exame clínico

Diagnóstico Inicial: Fratura fêmur e fratura distal (D)	Clínica: Cirúrgica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Cli. Médica <input checked="" type="checkbox"/>
Procedimento Solicitado: Internamento hospitalar	Fisioterapêutica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador):	CRM: 15.123-4	Data: 28.07.18
--	---------------	----------------



HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h



PRATU

Ala B

Unidade de Pronto Atendimento

UPA 24h

Unidade de Pronto Atendimento

NOME DO PACIENTE:

Francisca Ferreira da Silva

ENFERMARIA:

01

LEITO:

04

Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

05/03/1979

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

14/03/2018 11:00h

08/03/2018 11:00h

07/03/2018 11:00h

06/03/2018 11:00h

05/03/2018 11:00h

04/03/2018 11:00h

03/03/2018 11:00h

02/03/2018 11:00h

01/03/2018 11:00h

30/02/2018 11:00h

29/02/2018 11:00h

28/02/2018 11:00h

27/02/2018 11:00h

26/02/2018 11:00h



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



NOME DO PACIENTE: Francisco

DATA DE NASCIMENTO: 08.03.1973

ENFERMARIA: 03 LEITO: 04 Nº PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

FRANCISCO DE OLIVEIRA E SILVA

Ex: Guaiaco repeto da eu membro paterno

Marta de Fátima dos Santos
Técnica de Enfermagem
COPIEN-PI: 1229001

13 1) Dado oral livre

13 2) Dado sob o cuidado

13 3) Dado com - Jamp. + AD CV 6/6h

13 4) Tencionam - Jamp. + AD CV 24/24h

13 5) Broncopulm. - Jamp. + AD CV 8/8h, se vomitar

13 6) Queimadura - Jamp. + deluente CV eu jejum

13 7) Hidratação - Jamp. + Sg. 12/12h

13 8) Popbarril - Jamp. + Sg. 12/12h, se vomitar

13 9) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 10) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 11) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 12) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 13) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 14) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 15) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 16) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 17) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 18) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 19) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

13 20) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

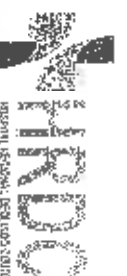
13 21) Dado com - Jamp. + Sg. 12/12h

Francisco R. Martins Neto
MÉDICO
COPIEN-PI: 6181



Pisani
GOVERNINO JOSEFATTO

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



UP24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA		ENFERMARIA: 01	LEITO: 04	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1973		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12/08/2018	# FRATURA FECHADA DE TÍBIA/FÍBULA D AGUARDANDO REGULAÇÃO		<p>Tr. Mo. Elevando cabeceira</p> <p>comprimento prescrito</p> <p>Maria de Fátima dos Santos Técnica de Enfermagem COREN-PR 1229051</p>	
	1) DIETA ORAL LIVRE			
	2) JELCO SALINIZADO	OK!		
	3) OMEPRAZOL 20 MG-1 COMP, VO, PELA MANHÃ	OK!		
	4) TILATIL 20MG+AD EV 12/12H	OK!		
	5) DIPIRONA- 40 GOTAS VO 6/6H SE DOR OU FEBRE	S.U.		
	6) ONDASETRONA +AD EV 8/8 S/N	S.U.		
	7) LIQUEMINE 5000 UI/O,25ML SC 12/12 H			
	8) CAPTOPRIL 25MG – OICP, VO, SE PAS>160 E/OU PAD>110			
	9) CABECEIRA ELEVADA	OK!		
	10) SSVV+ CCGG			

0117 0000
7010 0000
0117 0000

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Osteopedista

Nome do Paciente: Francisco José de Góes da Silva - Dat. Nasc.: 1/1/1987

Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura fechada de fêmur e placa distal.
Sob o acompanhamento

Data: 28/1/18

Assinatura: _____

Jaqueline B. Amaral
Médica
CRM PI 6670

PARECER:

fratura de fêmur e placa distal D
fratura cotovelo E

Q. previamente pt. 7da cirurgia

Data: 28/1/18

Assinatura: _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

CIURGIA GERAL

Nome do Paciente:

Fra Lucilene G. Silva

Data Nasc.:

/ /

Clinica:

Ata:

Enf.:

01

Leito:

04

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Feminismo infectado no
colúmbio esquerdo, e/
crasta; impedindo a
incubação.

Data:

14/08/18

Assinatura:



PARECER:

Data:

/ /

Assinatura:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.491.003 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/02

NOME FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO GONÇALVES DA SILVA
ISABEL DOS SANTOS SILVA

DATA DE NASCIMENTO 03/08/73

PICOS - PI DOO ORGEM

CERT. CAS. N° 1175 L. 05 FLS 77 4 OFICIO. SEIRAS 2406/92

ASSINATURA DO DIRETO

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ABEINATURAL DO TITULAR

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

941.025.383-72

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

03/08/1973

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

SET/2000

BANCO DO BRASIL

REJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3164096 SSP PI

CPF
046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBANAR SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do titular
Ranyere Martins Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI3201085700

ASSINATURA DO DIRETOR
PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

DFACALAN
MA
CE
ES
GO
MA
MT
MS
MG
PA
PR
PE
RN
RS
RO
SC
SE
SP
TO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170209959 Nº 013226602933
CERTIFICADO DE REGISTRO E CENSIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM 1 482295910 EXERCÍCIO 2018

ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

26075030867 9C2KC1670CR598106 0ED-5723

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMUTATIVEL

HONDA/CG 150 FAN ESI 2012 2012

002P/149CC PARTIC VERMELHA

1 1º IPVA 2 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 31,28

SEGURO EQUIPO OBRIGATORIO

SEN RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO

DEIRAS 3/5/2018

ABRIL MARTINS DO REGO LOPES
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU FOR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

PI Nº 013226602933 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 3/5/2018

VIA 1 RENAVAM 26075030867

482295910 HONDA/CG 150 FAN ESI

2012 09 9C2KC1670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO 31,28

DEBITAR (R\$) 9,03

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

IOF (R\$) 0,70

TAXA SEGURO/REGISTRO/FE 185,50

PAGAMENTO 25/04/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.303/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019
DPVAT

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?

[☒] 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)?

[☒] 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
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo esquerdo

% do dano: (**X**) 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 DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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 DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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 DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração 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 DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração 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:

Talita Fonseca Medeiros

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCADA
Identidade: RG - 2.491.003 - SSP - PI
CPF: 941.025.353-72
Profissão: LAVRADORA
Endereço: LOCALIDADE - SOITÃO
CEP: 64500-000 - DEIRÁ - 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 LOPEZ - 241 - FUREMINTA
CEP: 64500-000 - DEIRÁ - PIAUÍ
Telefone: (89) 99438-3583

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 LÍDER 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA



DEIRÁ, 24 DE DEZEMBRO DE 2018
Local e data

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 256 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: carolinevangelina@gmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. em DA VERDADE. DEIRÁ-PI, 24/12/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selado: 26 Total: 4,71. Selo: 71923 (F30P17)

Carolinevangelina
CAROLINEVANGELINA DE SA SILVA - ESCRITÓRIO AUTORIZADA

☐ Evangelina de Carvalho Sá e Freitas - Tabelã ☐ Gláucia Maria de Sá e Silva ☒ Evangelina Maria de Sá e Silva
☐ Gláucia Oliveira de Sousa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010595/19

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA S

CPF: 941.025.383-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCA LUZILEIDE
GONCALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Pag. 00943/00944 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13814905

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0000595/19** CPF da vítima: **941.025.383-72** Nome completo da vítima: **FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA** SPT: **941.025.383-72**
Profissão: **DO LAR** Endereço: **LOCALIDADE - SP12 AO** Número: **64.500.000** Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **DETRAP** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.500.000**
E-mail: **---** Tel (DDD): **89-98805-3630**

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

DADOS CADASTRAIS:
RECEITA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rebolsão do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadrarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **PIAUÍ - 10.01.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

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 RÓGO, 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 726 0101 | Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2402

Assinatura Autorizada



Este cartão é emitido pela Caixa Econômica Federal. Este cartão é pessoal e intransferível.
Atendimento Comercial: 0800 726 0508
Outros: 0800 726 7474

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

CAIXA

POUPANÇA



6277 8011 0045 0679

FRANCISCA L G SILVA

1383 013 00026203-8 06/18

elo

DÉBITO



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

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

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS
Nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25 Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-000
End.: LOCALIDADE SOIZÃO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Clínica: 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

ANOTAÇÕES 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.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
28/07/2018 03:35:52

499528-NATANIELA NOURA
PORTELA-FREITAS

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

TRAUMA

CID
9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO, PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

PRESCRIÇÃO MEDICA

1. VOLTAREM 01 AMP IM

1

OK

Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

04:00

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

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

2. Sutura + curativo

3. SFO, 5% 500 ml + Ampicilo 0,1 EU.

4. ~~Par~~ Tramadol 100mg/ml + 100mg SFO 9,5% EU. OK 06:30

5. Plavix 75 amp + 40 EU. OK 06:30

Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019
DPVAT
Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: fernanda luzilene de gonalves da silva

ALA: 104 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	<p> <i>04:30 Realizado curativo perianal</i> <i>34086 polvilho em volta do gume do</i> <i>seccionar de torn 2 fio n° 03 para</i> <i>Atividade, Engarrafada.</i> </p> <p> <i>Janna Paula Camilo F. Silva</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>COSEN - PLANO</i> </p> <p> PJ COORDENADORA DE SEGUROS 10 JAN 2019 DPVAT </p>
	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
	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	

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-180 (ins. estadual: 19.302.310-5)
Nota Fiscal (Código de Energia Elétrica) - S/A 0 B-1
Regime especial de Imposto sobre Serviços (SIS/06/93)

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2018	12/12/2018	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
		129	70,42

FRANCISCA LUIZLEIDE GONCALVES DA SILVA

LC SOIZAO 0 B-RURAL

CPF: 00094107538372

CEP: 64.500-000 - DEIRAS

DADOS DA LEITURA	FECHES	DATAS DA LEITURA
Atual:	8666	06/11/2018
Anterior:	1.000	03/01/2019
Constante de Multiplicação:	129	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	129	04/12/2018
Consumo Estimado:	FCAM	Emissão:
		05/12/2018
Consumo Saturado:	NORMAL	Apresentação:
		29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESID. BAIXA RENDA	HOMENHO	A Bateria	Faixa	Código de Fato	Número de Linhas
--------------------	---------	-----------	-------	----------------	------------------

HISTÓRICO LEM	VALOR	VALOR	VALOR
NOV/18	131	70 A R\$ 0,481824 =	33,72
OUT/18	136	29 A R\$ 0,722779 =	20,95
SET/18	117	DIFERENÇA DE TARIFA	42,78
AGO/18	114	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	29,82
JUL/18	129	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/18-00	0,32
JUN/18	134	MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,83
MAI/18	131	JUROS POR ATRASO 11/18-00	0,21
ABR/18	121	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,63	
MAR/18	134		
FEV/18	134		

TARIFA SEM TRÉC. DUE:
0 A 30 - R\$ 0,196046
31 A 100 - R\$ 0,231955
101 A 129 - R\$ 0,503590

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 constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0138.88F9.3C25.05B3.195D.7CA6.5891.1E67

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	IMPOSTOS/TRIBUTOS (R\$)
Distribuição:	40,05
Energia:	6,30
Transmissão:	6,38
Encargos:	32,09
Tributos:	
	Básico de Cálculo: 22,00%
	Alíquota ICMS: 23,29
	Valor do ICMS: 1,56
	Valor do PIS: 7,24
	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE
6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54

**DPJ CORRETORA
DE SEGUROS**

10 JAN 2019

DPVAT

Scanned by CamScanner