

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The title bar shows multiple tabs including "Audiências", "Upload", "Controle de...", "Tribunal de...", "Acesso 1º G...", "Consulta pr...", "0801281-26...", "Sistema CN...", "Baixar o arc...", and several others.

The main content area displays a document titled "9082524 - CONTESTAÇÃO (2710798 CONTESTACAO 01)" dated "01 Apr 2020".

The document header includes the date "01/04/2020 14:14:14" and the lawyer's name "EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO".

The left sidebar lists several attachments:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 9082521 - CONTESTAÇÃO
 - 9082524 - CONTESTAÇÃO (2710798 CONTESTACAO 01)
 - 9082526 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (2710798 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9082529 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9082531 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9082532 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The right side of the document contains the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI". It also mentions the process number "Processo: 08012812620198180030".

At the bottom, there is a note about "SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

The bottom of the screen shows the taskbar with icons for Windows, Internet Explorer, File Explorer, and Google Chrome, along with the system clock showing "14:14 01/04/2020".



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Processo: 08012812620198180030

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/12/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
 Seguradora LIDER Auto-avaliador da Tabela de DPVAT				
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		
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 sequelas				
Data do exame físico: 21/01/2019				
Conduta mantida:				
Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna. Indentação em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular. Indentação 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\$ 643,75
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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 28/07/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

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

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E Vinte E Cinco CENTAVOS)**.

DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁶"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OEIRAS, 26 de março de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI**

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores.					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crâno-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos.	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **OEIRAS**, nos autos do Processo nº 08012812620198180030.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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	<u>Av. Dom. Expedito LOPES</u>		Número	<u>241</u>	Complemento	<u>- 1 -</u>
Bairro	<u>JUREMINHA</u>		Cidade	<u>Oeiras</u>		
E-mail			Estado	<u>PIAUI</u>	CEP	<u>64500 000</u>
			Telefone comercial (DDD)	<u>89-99408-3583</u>		
			Telefone celular (DDD)			

D.E.P 02 de JANUARIO 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 LUIS FERNANDES DE SOUSA,

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

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 26075038-67, com domicílio na cidade de Oeiras, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV: ANTTONIO TAPETY - BAPERJ TURENTE, 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 LUIZILIDE GOMES SOUSA cujo o condutor era

ANTONIO LUIS FERNANDES de SOUSA

Veículo: PAS - motociclo

Modelo: HONDA CG 150 - FANES

Ano: 2012

Placa: OED-5723

Chassi: 9C2KC1670CR598106

Data do Acidente: 28-07-2018

Local e Data: PI → 15 KM AVE 654 Oeiras - Tanque - Piauí
PROXIMO A Cidade de São Francisco - 10 Municipio de Oeiras - Piauí - 28.07.18

Antonio Luis Fernandes de Sousa

Assinatura do Declarante

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



F J CORRETORA
DE SEGUROS

18 JAN 2018

DPVAT

POR ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

UPA24h
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

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS

Civil: OUTROS CE: 64500-000

Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Mae: ISABEL DOS SANTOS SILVA

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

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

Cond.: LOCALIDADE SOTZAO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: PARDA

Telefone: ()

Mae: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Clinica: CLÍNICA MÉDICA 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 MÉDICA 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
PORTERIA FREITAS

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.

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 MÉDICA

1. VOLTAREN 01 AMP IM

1

OK

04:00

João Batista de Souza Santos
Tec. de Enfermagem
CORRETORA DE SEGUROS

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

CONDUTA MÉDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

2. Sutura + curativo

3. SF 0,5/500 ml + complexo B, EV.

4. Atm. Tensimol 100ml + 100ml SF 0,5%, EV. OK ✓ 06:30

5. Plastil 03 amp + 40, EV. 02 ✓ 06:30

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2018

PPVET
João Batista de Souza Santos
Tec. de Enfermagem
CORRETORA DE SEGUROS

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Franicea Lúziléte Gonçalves da Silva

ALA: 103 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRIÇÃO 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
Á	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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<i>04:30 realização interna por amígo de teste folclórico com faixa diagnóstica Grauver de 1cm) fio n° 100 03 gares Atadura, Esparadela etc.</i>		<i>Joana Paula Comodão F. Silva Téc. em Enfermagem CREF - RJ 100.000</i>
N O I T 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 ALÍMIO
	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)
<u>M</u> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>A</u> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>N</u> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
<u>H</u> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
<u>Ã</u> 0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO 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>T</u> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>A</u> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>R</u> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
<u>D</u> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
<u>E</u> 0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO 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>N</u> <i>As 06:15 hrs: Realizado immobilização de</i> <i>pontinha, utilizado algodão entubador +</i> <i>atadura grande (2 unidades) + atadura</i> <i>de cera (3 und.) + esparadrapo.</i>			<i>José Paula Camilo F. Silva</i> <i>Enfermeira</i> <i>LOREN - PI 0115109</i>
<u>O</u> 0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>I</u> 0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO			
<u>T</u> 0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA			
<u>E</u> 0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS			
0309010101 SONDAÇÃO ENTERAL			
0301100179 SONDAÇÃO GÁSTRICA			
0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO			
0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA			
0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO			
0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO			

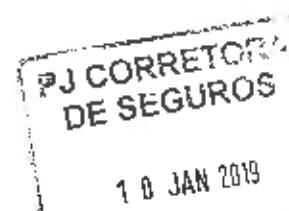
*FJ CORRETORA
DE SEGUROS*

10 JAN 18

DPVAT



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



SERVÍCIO 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 Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-00

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

(Nome: CLERTANIA)

(Número: 485288)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA		Prontuário: 485288
Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA	Pai: ANTONIO GONCALVES DA SILVA	
End. Resid.: Povoado SOIZAO - ZONA RURAL - OEIRAS - PI - CEP: -		
Nascimento: 03/08/1973	Idade: 45a0m1d	Sexo: Feminino
Responsável: FRANCISCA CARA	CNS: 700006198293100	
Profissão: DOLAR	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: U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Início/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Não evento recente	ORTOPEDISTA	Azul
Breve Histórico:			Profissional Clas. Risco:
ENCAMINHADA DE OEIRAS C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 28/08/2018. RELATO DE TRAUMA EM MÍD. ENCAMINHAMENTO RELEVANTE FRATURA DE TORNOZELO D. NEGA OUTRAS QUINTAS. ISTO NO MOMENTO SEM QUEIXAS.			CLERTANIA MARQUES TURVO ALVES COREX PI 3683
ECG-15			Em: 14/08/2018 18:51:21

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

*Pernas magras e finas.
Rodrigo com sangue de
pele do pulo liso 10
Boa evolução de pernas
m. Osso quebra entre*

Dr. Lafayeth Entenante B. Macedo
MÉDICO
CRM-PI 6474 / CRM-MA 8956

10 JAN 2019

*PJ CORRETORA
DE SEGUROS*

10 JAN 2019

PA mmHg Freq: bpm CIB: bpm

Diagnóstico Inicial:

DPMAT

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se internação, indique o Procedimento e CIE		
DATA: / /	HORA: :	Procedimento	CIE

Francisca Luizileide 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 A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 28/07/19 **HORA:** / / **Nº DO TELEFONE:**

HOSPITAL SOLICITANTE: *HR DC* MUNICIPIO:

MÉDICO: Zerudito Ulez CRM: 4565

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name: Fábio da Cunha Coimbra de Sá

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

HDA: Patrícia Alexandra Ferreira D
Patrícia Coteiro E

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Digitized by srujanika@gmail.com

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: M U

Clinica / Posto: Criançaria Senha: 13082018002

~~Chassis No. 140-234180
Date 1955 Oct 14 1955~~

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Herc

Para

HUT

Nome da Pessoa Encaminhada:

la Pessoa Encaminhada: Flávia Luzia de Gonçalves de Oliveira

Registration

Motivo do Encaminhamento

tivo do Encaminhamento:
fratura luxação tornozelo direito +
fratura cotovelo E

Observações:

Weserseite der Engste

28/07/18

■ Data

Responsável pelo Encaminhamento

QBS: 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:

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

1/2/2024

Responsável pelo Encaminhamento



FMS

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/08/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Luzelito Gonçalves da Silveira</u>	PONTUARIO N°:
DIAGNÓSTICO:	<u>TB nas Glândulas Tiroxína / Testes</u>	CIRURGIA: <u>NEF. DE LAZ / TIREO</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIAO:	<u>JFM CAMPOS</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	<u>CMGOL</u>	CPF N°:
ANESTESIA:		CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Eudócia</u>	CPF N°:

JOEL CAMPOS NETO - TRAUMATOLOGISTA - CRM-SP 11.323

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>F e F, 5</u>	PAR	011	
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.	011	
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>Crepax</u>		04	
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	20	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL		02					
PROLENE							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
				<img alt="Handwritten stamp reading 'COSTA'			

MOD - 094



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 *Paciente Fábio Díaz / Tumor*

Operação - Tipo *DAN de Fábio Tumor + FAD Tumor*

Cirurgião *Joel Campus*

1º Assistente *Matos*

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
CRM-PB 1936 / CRF-PE 3828/2008

Relatório Imediato do Patologista

H. J. C. / 2020

Acidente Durante a Operação

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

1. Drenagem - 10ml n. lata, tipo antigo (ant).
2. Incisão n. lata - óticas p/ lib. bônus tumor.
3. Incisão n. lata
4. Sut. ant

DR. JOEL CAMPUS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 1936 / CRF-PE 3828/2008



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

220691
123223LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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-Endor: 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:**

25-CID Ser:

26-CID C. Ass.

5823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÍLÃO TIBIAL	tempo : 8
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Escum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 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 comprovada no t. sol. / 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-Resc:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBCXI
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vinculo 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	<i>08/18</i>		

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

INCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA TORNozELO

CONDIÇÕES 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

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - 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 / AUDITORIA

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 0,15%	mg	8											
3 malina		80ug											
4 Cetadolamina		1g											
5 Dexametasona		1amp											
6 Temoxicon	1Pc												
7 Bromopropide		1amp											
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Total													
A. 420													
Voluti	%												

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
- Raquianesthesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: dorsal

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

Descrição da Anestesia:

Sedação com midazolam
Raquianestesia cl. Quincke 26G 6ml
Liquor cloro
Injeccânia paracida 15mg + modena 80mg

Dra. Daiane Almeida
CRM 4225
Anestesiologista

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olívo Tito 1823 - Beldêncio - Fone: 66 3216 5445
TERESINA-PI CRP: 61017-770 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: 579354

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

Prntº 96 Local: 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

NºAIH: 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	Gmpt	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	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascedos	Número de Saldas	Nº Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:

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. 12998, uma via desse relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

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	<i>Promissão - Maylidy Geraldes de Siqueira</i>									
Endereço-Rua-Número-Bairro	<i>2001 - 5022-90</i>									
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 Bilhete								
	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	Apos. Médico Responsável					
50.715 373-20	03.08.01.001-9	02	28.07.18	138.141.173-87						
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Cause Externa	CNPJ da Seguradora							

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	<i>Paciente vítima de acidente motorizado apresentando lesão no pé direito</i>

- Condições que Justificam a Internação	<i>Leve</i>

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

- Diagnóstico Inicial	Clinica
<i>Frota - Hbo. e hba alta</i>	<input type="checkbox"/> 1
<input checked="" 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	
Procedimento Solicitado	Cirúrgica
<i>Internamento hospitalar</i>	Obstétrica
	Cli. Médica
	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2
	<input checked="" type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8
	Psioterapeúticas
	Psiquiátrica
	Pediátrica
	Outros

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)	CRM	Data
<i>JM</i>	<i>28.07.18</i>	28.07.18

FOLHA DE ADMISSÃONome 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 / 10 / 2018 Às 08:27 hsData da Alta: / Às _____ hsANAMNESE: Qd. internado devido a dor de estômago
desconforto abdominal com fadiga de
dor + fômites sic. Rinitis.
Dor + edema + hrm. excessivo inchaço
H. I = Asthma bronch + fômitesRESUMO DA ALTACondições de Alta: Curado: Melhorado: Transferido:
Óbito: Por evasão: A pedido: Data /Médico Responsável
CRM e CPF



PRAJU

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

HRDC
ESTRUTURA PARA LEITURA CINTA

HRDC
ESTRUTURA PARA LEITURA CINTA

NOME DO PACIENTE: Franasca Fernanda da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 28/03/1979

ENFERMARIA: *LEITO: C14* **Nº PRONTUÁRIO:**



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

HRDC
HOUSING RESEARCH DESIGN CENTER

PLAUE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE FONTO ATENDIMENTO

UNIÃO DE FENÔMENOS

NOME DO PACIENTE: Edvaldo

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/19

ENFERMARIA:

DATA **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

HORÁRIO

OBSEVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

Exhibit A shows the following percentages:

Della prima linea

110

Tecniche Elettroniche
CNR-ENI: 12290511

• 08/02/2000 sa amigado

Temperam. Wan-

11

S. bromopoda - Kampf - 1888 ex 823

Glossary 303

卷之三

Capturado el 20 de febrero de 1910, en el

IND. Minn.

1105 + 2000

ପ୍ରକାଶକ ମେଳି

卷之三

~~ONE R. BURGESS~~

100

100



Piauí
20 DE FEVEREIRO DE 2009 - ESTADO

**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	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12/08/2018	# FRATURA FECHADA DE TÍBIA/FÍBULA D AGUARDANDO REGULAÇÃO			
1)	DIETA ORAL LIVRE			
2)	JELCO SALINIZADO			
3)	OMEPRAZOL 20 MG-1 COMP, VO, PELA MANHÃ	OK!		
4)	FILATIL 20MG+AD EV 12/12H			
5)	DIPIRONA- 40 GOTAS VO 6/6H SE DOR OU FEBRE	S.V.		
6)	ONDASETRONA +AD EV 8/8 S/N			
7)	LIQUEMINE 5000 UI/0,25ML SC 12/12 H	X		
8)	CAPTOPRIL 25MG - 01CP, VO, SE PASS>160 E/OU PAD>110			
9)	MMGH	OK!		
10)	CABECEIRA ELEVADA			
	SSW+ CCGG			



Piauí

ગુજરાત સરકાર

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

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) UQUEJEMINE 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: Fernando Magalhães 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 fraturou o fêmur.
Sofreu contusão.

Data: 25 / 07 / 18

Assinatura: Jacqueline P. Alencar

Médica
CRM PI 0140

PARECER:

Fratura de fêmur + fratura direta D
Fratura cotovelo F E

A permanecer pt 7 dias ambulatorial

Data: 28 / 07 / 18

Assinatura: D



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:

Nome do Paciente:

Fábio Cezar de Oliveira Dat. Nasc.: / /

Clinica:

Ata:

Euf.:

Leito:

09

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Feminino, meia idade, no trabalho esgotado e
exosta; impossibilitado de
se locomover.

Data:

14/08/18

Assinatura:

PARECER:

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586

Fone: (89) 3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras-PI

C.N.P.J 06.553.564/0013-71







PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESO-DAIS CALISADOS P/OS VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, QU P/OS SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

DETRAN - PI 9020170209058 N° 013226602933
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO
VIA - QDO MUNICPIO
1 482295910

ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

PLACA / CHASSI	9C2K01670CR598106	COMBUSTIVEL	ALCO/GASOL	UNICADA / MODELO
EFÉCIE/TIP.	-	ANO/FAB.	2012	HONDA/CG 150 FAN EBI
PLACA ANTE/UF.	-	CATEGORIA	VERMELHA	ANP/CHASSI
DATA/CHASSI	26075030867	ANO/FAB.	2012	9C2K01670CR598106
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	CAP. P/OT. C/CE	CARRO/PIEDOMINANTE	PARTIC	PRÊMIO TARIFÁRIO
HONDA/CG 150 FAN EBI	002P/149CC	COTA UNICA	1 ^a IPVA	QUANTO DO SEGURO (R\$)
		FABRA/IPVA	2 ^a	31,26
		PARCEAMENTO / C/CTAU	3 ^º PAGO	9,93
PREMIO TAREFÁRIO (R\$)	10,00	PRÉMIO TOTAL (R\$)	4,15	185,50
SEGURÓ	SEG	DATAS DE PAGAMENTO	EXAGAMENTO	DATA DE OUTAÇAO
			<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	25/04/2018
DEIRAS			<input type="checkbox"/> INICIAÇÃO	

PI Nº 013226602933 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

LIDE/DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

CAT. UNI

CG 150

IPV

09

9C2K01670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,26

9,93

185,50

DATA DE OUTAÇAO

25/04/2018

DATA

3/5/2018

CONTROLE DE ENTRADA

10 JAN 2019

DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE NO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1304

EXP. INÍCIO DA VALIDADE

2018

EXP. FIM DA VALIDADE

3/5/2018

PLACA

DEO-5723

UNICADA / MODELO

26075030867

ANP/CHASSI

482295910

**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: BRAZILIANO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 2.491.003 - SSP-PI
CPF: 941.025.383-72
Profissão: LAVRADOR
Endereço: LOCAZINHO - SOI 2 A
CEP: 64500-000 - DEIRAS PIAUÍ
Telefone: (89) 9889 3630 - 89-99466-8999

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRAZILIANO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096-SSP-PI
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. DOM. EXPERTO 109 - 241 - FUREMINTA
CEP: 64500-000 - DEIRAS 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 mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCISCA LUZILENE GONCALVES DA SILVA

 De: 24 DE DEZEMBRO DE 2018

Local e data


Françisca 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: carolinelvogelina@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)

Francisca Luzilene da Silva
AUTÔNOMA MÁRIZ DE SÁ SIQUEIRA-ESCREVENTE AUTORIZADA



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 Góes Alves 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 Góes Alves da Silva

CPF:

941.025.383-72

Profissão:

DO LAR

Endereço:

LOCALIDADE - SPZÃO

Número:

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

DEIRY

Estado:

PR

CEP:

64.500.000

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 MENSAL:

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)

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/avôs 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, respeitando esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação da Seguradora Lider de responder, latim, 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)

Françisca Luizide Góes Alves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROCORRORIA
DE SEGUROS

18 JAN 2019

Assinatura
DPVAT

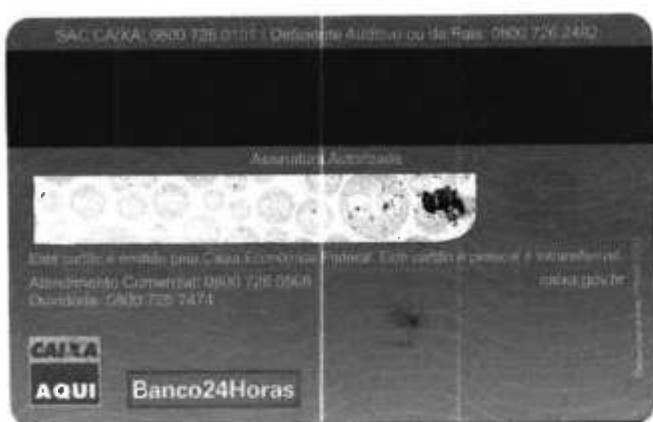
Assinatura

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.





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA/OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()
Prazo 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
Nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25 Profissão:
End.: LOCALIDADE SOIZAO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: OEIRAS/PI
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 MÉDICA 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

499526-NATANIELA NOURA
PORTEL ~ PREITAS

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 MÉDICA

1. VOLCAREM 01 AMP IM

1

OK

John Mariano Soares Santos
TSE: 00000000000
CORUJO: 0003627

04:00

CONDUTA MÉDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

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

2. Sutura tendínea
3. SF 0,5% 500 ml + ampol 0,5% EU.
4. ~~metformina 500mg/ml + 10ml metformina 500mg/ml EU.~~ OK ✓ 06:00
5. Plastil 0,5 amp + 10% EU. OK ✓ 06:00

John Mariano Soares Santos
TSE: 00000000000
CORUJO: 0003627

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019

DPVAT

John Mariano Soares Santos
TSE: 00000000000
CORUJO: 0003627

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Françicauziléte Gonçalves da Silva

ALA: 10A ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRIÇÃO 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
Á	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

DESCRICA 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 GASTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALIVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRICAO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRICAO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
<i>04:30 realização higiene per anavio 07:00 folheado suelta desgarradapar Grau I e II fio nr 100 03 juntas Ataraturka, Esparadela gr.</i>			<i>José Paula Camille F. Silva TIC - enfermeira COSER - PLANO DE PJ CORRETORA DE SEGUROS</i>
N O I T 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	

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: 00000026203-8

Nr. da Autenticação B5E46FA80777A6E4



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

1300059140

01.1526.06

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 - 5 Ano B-1
Regime Operacional Integrado autorizado pelo SEPAZ/CGE/SE

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 11/12/2018

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

129 70,42

FRANCISCA LUIZETTE DE GONÇALVES DA SILVA

LC SOIZAO 0 B-RURAL
CPF: 66084102538372
CEP: 64.500-000 - DEIRAS

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Abaix:	8606	Abaix:	06/11/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	03/01/2019
Qntdeto de Multiplicador:	129	Prox Leitura:	04/12/2018
Consumo Medido:	129	Emissão:	05/12/2018
Consumo Estimado:	NORMAL	Apresentação:	20

RESIDENCIAL RENDA		MONTANTE	ALTO RENDA	FONTE	VALOR (R\$)	MONTANTE
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 RENDA			29,82	
JUL/18	114	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/18-00			0,32	
JUN/18	129	MULTA POR ATASCO 11/18-00			1,83	
MAI/18	134	JUROS POR ATASCO 11/18-00			0,21	
ABR/18	131	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -			0,63	
MAR/18	121					
FEV/18	134					
RENTA S/ TAMBORE:						
9 R	10 - 0,195646					
31 E	100 - 0,225735					
101 A	129 - 0,502599					

PARABÉNS! NÃO POSSUEM FALTAS DE VENCIMENTO DE FATTURAMENTO.
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.

6F3B.88F9.3C25.85B3.195D.7CA6.5891.1E67

RESERVADO AO FISCO

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DATA	11/12/2018
CONSUMO (kWh)	129
VALOR (R\$)	70,42
VALOR MÉDIO (R\$)	0,54
VALOR MÍNIMO (R\$)	0,32
VALOR MÁXIMO (R\$)	0,83
VALOR MÉDIO MENSAL (R\$)	70,42
VALOR MÍNIMO MENSAL (R\$)	33,72
VALOR MÁXIMO MENSAL (R\$)	70,42
VALOR MÉDIO ANUAL (R\$)	70,42
VALOR MÍNIMO ANUAL (R\$)	33,72
VALOR MÁXIMO ANUAL (R\$)	70,42

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

