

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800780-78.2020.8.18.0 x Download file | iLovePDF x + -

tpjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=490080&ica=81d814f0363270673ab81d381ca2cf... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800780-78.2020.8.18.0049 FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

9786821 - CONTESTAÇÃO (2719252 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 20:25:39

19 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9786808 - CONTESTAÇÃO
 - 9786821 - CONTESTAÇÃO (2719252 CONTESTACAO 01)
 - 9786823 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719252 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9786825 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9786827 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9786829 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

20:25

30 Apr 2020

6 de 4

2719252- CJ/ 2020-01832/ INVALEZ


JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08007807820208180049

Ativar o Windows
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

20:26
19/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08007807820208180049

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 **FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA**, 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 SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/07/2019**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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.

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

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)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício 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 ressaltar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **19/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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.

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; e

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO 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 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 HOUE 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.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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 a 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.

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,

ELESBAO VELOSO, 11 de maio 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 GRADAÇÃO

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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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					
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; **JOSELAINE 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 n.º 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 n.º 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 **FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08007807820208180049.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE 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 www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Fabio de Sousa Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 017.229.393 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Francisco Fabio de Sousa Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 017.229.393 / 62, 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua Sete de Setembro</u>	<u>244</u>	<u>Centro</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>Centro</u>	<u>Elesbão Veloso</u>	<u>Piauí</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
<u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	<u>64.325-000</u>	<u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 25.08.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Antonio de Sousa

RG nº SSP.2361701, data de expedição / /

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 684.466.323.49

com domicílio na cidade de Varzea Grande, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 15 de novembro nº 24

complemento urbano, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Fabio de Sousa Lima, cujo o condutor era

Francisco Fabio de Sousa Lima

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2012/2013

Placa: 01X-2050 Chassi: 9CZ-JC4820DR026775

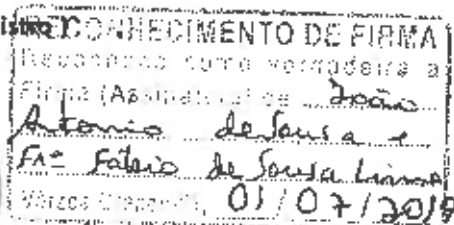
Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data: Varzea Grande - Piauí - Pi

João Antonio de Sousa
Assinatura do Declarante

Francisco Fabio de Sousa Lima
Assinatura do Condutor

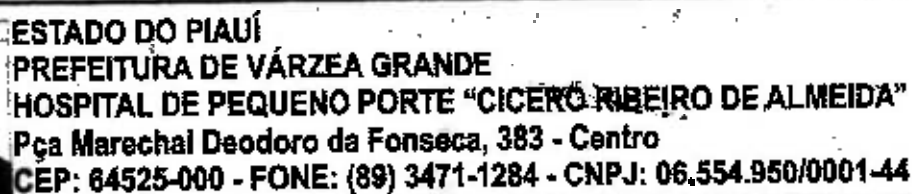
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZEA GRANDE
Praça Marechal Deodoro da Fonseca S/N
CEP: 84.525-000
Fone: (88) 3471-1288
CARTÓRIO ÚNICO
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil



Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Interino



1. Deverá ser preenchida em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem.

P.A.	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
120 x 80		39,5		98

DIAGNÓSTICO

Fx Bursite

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐

CONSULTA MEDICAMENTOSA ☐

PJ CORRETO
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

CONSULTA ORTOPÉDICA ☐

PEQUENA CIRURGIA ☐

IMOBILIZAÇÃO ☐

TRATAMENTO REALIZADO

- 1) Analgesia
- 2) Sempino + Canela
- 3) Imobilização

EXAMES COMPLEMENTARES

TERAPIA: Rinsol + Sempino + Canela
PACIENTE: Menor N/ Rinsol RX

OUTROS

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VÁZEA GRANDE

Praca Marechal Deodoro da Fonseca S/N

CEP: 64.525-000

Fone: (08) 3471-1200

CARTÓRIO ÚNICO

Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

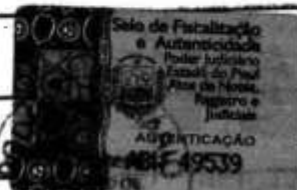
ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia
conferir com original.
Em testemunho _____ da verdade,

Várzea Grande-PI, 17/06/2019

Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Interino



REGISTRO CIVIL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: UPA	Para
Nome da Pessoa Encaminhada: Francisco Fábio da Silva Lima	Registro
Motivo do Encaminhamento: A Pessoa apresenta fadiga extrema e dor de musculatura no tornozelo esquerdo.	
Observações:	
Data: 1/1	
Responsável pelo Encaminhamento: [Assinatura]	

OBS: Deve ser Arquivada o Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
Hospital Municipal Martins Faria CONFERE COM ORIGINAL Data: 29/07/19 Funcionário: [Assinatura] Helio Pereira dos Santos Filho Supervisor do Serviço de Arquivo Médico e Epidemiologia SA-ME RJ CORRETORA DE SEGUROS 29 AGO 2019 EPVAT	
Data: 1/1	
Responsável pelo Encaminhamento	

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



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Fabio de Sousa Lima

DATA DE NASCIMENTO

24.08.1984

PROFISSÃO

Enxobalador Rural

SEXO:

MASC: ☒

FEM: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.144

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5677

RACIA/COR

BRANCA ☒

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

NOME DO PAI: João Antonio de Sousa

NOME DA MÃE: Angélica Barbosa Lima

ENDEREÇO:

SEXO: Rua 15 de Novembro

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 19/1/02 1/19

HORA: 14:44

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PARDA

DPVAT

Relato do paciente: acidente de trânsito envolvendo veículo com o mesmo nome de João

Assinatura: João Antonio de Sousa + Angélica

RECIBO

SENHA Nº 20190219199163

Caráter URGÊNCIA

Nome do Paciente

Nome do Pai

Nome da Mãe

20190219199163

Endereço

Usuário Padrão

Endereço de E-mail

Endereço de Telefone

Endereço de Celular

Endereço de E-mail

Endereço

Endereço de E-mail

Endereço de Telefone

Endereço de Celular

Hospital Regional Jussara Lima
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 27/05/19
Fundação Hospital Regional Jussara Lima
Heli Pereira dos Santos Filho
Supervisor do Serviço de Análise
Médica e Epidemiológica
SABE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019
DPVAT



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0614594
Data: 19/02/2019
Funcionário: SABRINA

Registro: 406662
Hora: 20:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 170

SUS

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Nasc.: 24/06/1964 Idade: 34 ANOS, 5 MESES, 26 DIAS Profissão:
End.: IOIO SOUSA, D - Bairro:
IBGE: 2211407 Cor: PARDA Mãe: ANGELINA BARBOSA DE LIMA
Telefone: (89) 9990-00326 Celular: () -

CPF: 017.229.393-62 - RG: 2418144 - SUS:
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64525-000
Cidade: VARZEA GRANDE/PI
Pai: JOAO ANTONIO DE SOUSA

Clinica: ACOlhIMENTO Documento: 527837 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES
Responsável: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

19/02/2019 20:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 223505
☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA EXPOSTA

há 20:47hs - por vítima de acidente motorístico, apresenta fratura exposta em tornozelo @ (sic)

Exame clínico/físico:

Antes dele o acidente de

Diagnóstico provável:

Nota, a fratura do tornozelo é.

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

O Paciente do Tornozelo é - OK
O Paciente do Tornozelo é - OK

Procedimentos/exames realizados:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019
DPVAT

Ass. Técnico
Lucilla Bezerra Moura
Médica Ultrassonografia
CRM: 5115

Ortopedia

→ Paciente vítima de trauma em pé/torço @

Após estudo radiográfico evidenciou-se fratura em malha lateral @

Dr. ATWS - Ortopedia

Tatiana

OK

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 19/02/2019
Fundador: Heli Pereira dos Santos - Médico
Supervisor: Serviço de Atendimento Médico - Estomatológico - SAME

Dr. Gustavo Felix
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5115

Vitória Régia da Silva Sales
Enfermeira
COREN-PI 12.273

Atendimento:	1058341
Data:	19/02/2019
Hora:	23:30

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIN
AMPARO

BOLETIM DE ADMISSÃO

406662 - FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 24/08/1984 - Cor/Raça: 03-PARDA

34 ANOS,5 MESES,26 DIAS

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/98 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF: 017.228.393-62 RG: 2419144 CNS: SIS Prenatal:

Endereço: IOIO SOUSA, N° 0 - CEP: 64525-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2211407- VARZEA GRANDE/PI Profissão: Telefone: () -

Pat: JOAO ANTONIO DE SOUSA Mãe: ANGELINA BARBOSA DE LIMA

Responsavel: FRANCISCO IZALBERTO DE SOUSA LIMA - 89 99900-0326 - IRMAO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

PJ CORRETO
DE SEGUROS
29 ABR 2019
DPVAT

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: _____
Fundador: Heli Pinheiro dos Santos Filho
Superior do Serviço de Arquivo
Médico e Estatística
SAME

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Francisco Fábio de Sousa Lima Prontuário: _____D.N.: 24/08/1984 Sexo: M F:Procedimento Cirúrgico: _____ Data Cirúrgica: 27/10/2019

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☐ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim☐ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☐ Não☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☐ Não☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☐ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função☐ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☐ Sim☐ Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:

☐ O nome do procedimento☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN

SAÚDE
Secretaria de Saúde / PIAUÍ

LIBERTEC Regional Justino Luz
COPIA ORIGINAL
FUND. ESTAD. PIAUENSE DE SERV. HOSPITALARES



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

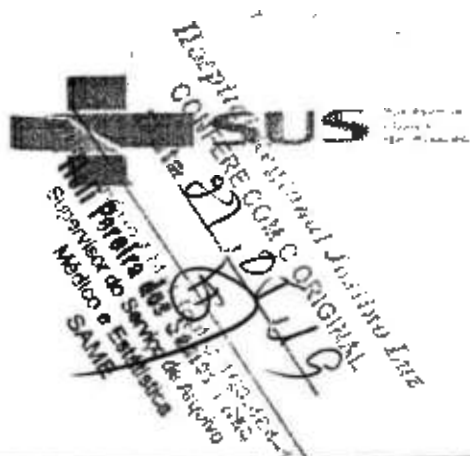
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	C 21-98		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
	# <u>Fratura Brachial de TUB</u>		RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
19/02/14	① Dieta oral leve ② SFO 1000 ml (V) p/ 24h ③ Pipirone 300mg (V) 8/8h ④ Ibuprofeno 400mg - 4x/dia + SFO ⑤ 1 Bilex ⑥ Paracetamol 500mg (V) 8/8h ⑦ Bromoprida 10mg (V) 8/8h ⑧ Cefalotina 2g (V) 8/8h ⑨ Cefalotina 1g (V) 8/8h ⑩ Lactulose 20g (V) 12/12h	24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h	24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h 24h	23 25: Admitido para tratamento ortopédico. Fratura TUB (V). Vítima de acidente de motocicleta (SFO). Ao exame físico, paciente	

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.111
Hemograma / Esgafo / N/A / KP
Urina / Creatinina / Glicose

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.111



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>F. T. Souza</u>	ALA C <u>21</u>	APTO <u>96</u>	LEITO	R. MET.
HD: <u>F + TAZ</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 24/02/2019				
1. DIETA ORAL LIVRE	SU 17			
2. JELCO SALINIZADO	Atenção			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG	SU			
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N	SU 20:00			
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N	SU			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N	SU			
7. CCGG+SSVV	Atenção			
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H	20:04			
<u>9. Ralflin 1g, EV 6/6h</u>	<u>18 24 06</u>			

As 08:05h, foi realizada a administração de 100mg de Tramadol (oral) e 100mg de Ondansetrona (oral). PA = 110x60 mmHg.

Valtânia Moura
Téc. Enfermagem
COREN-PI: 489519

At 20:04, verificamos SSVV
PA = 90x60 mmHg T 35,2°C

Dr. Flávio B. Brito
Médico do Hospital Regional de Juazeiro do Norte
CRM-PI: 10.101



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

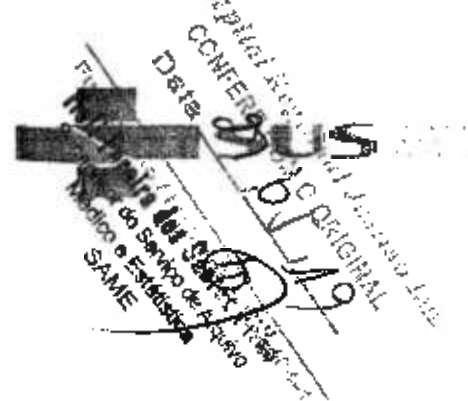


NOME	ALAC 21	APTO	LEITO 28	R. MET.
HD: FV T27	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 25/02/2019				
1. DIETA LIVRE 7	SND	As 9:32h, realizando curativo		
2. JELCO SALINIZADO	Atenção	em MIO (pé), F.P. limpa e		
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100 MMHG	SIN	sem jugular, não com ed.		
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N	SIN	comícios, aplicando solução		
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	SIN	AGG. Est. Tcc. Enq. Ednete do Silva		
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N	SIN	- INUTILUS -		
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N	SIN	As 14:38h, aferido SSVV		
8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ	OK	PA: 120x60mm/hg P: 64 bpm		
9. SSVV+CCG		R: 23 bpm, T: 36,5°C. Est		
		Tcc. Enq. Victorino Viana Ino		
		victus.		
		19:25h aferido PA= 110x60 mmHg.		
		Segue sob cuidados da equipe de		
		enfermagem. Nota Luz COREN - PI		
		506321-1R.		



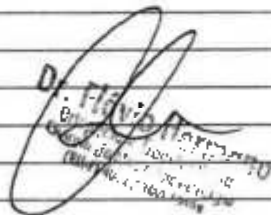
Deborah Luz Martins
ENFERMEIRA
COREN-PI Nº 505.578

Deborah Luz Martins
ENFERMEIRA
COREN-PI Nº 505.578



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Pedro F. de S. Lima</i>	ALA C	APTO <i>021</i>	LEITO <i>08</i>	R. MET.
HD: <i>Fx TNZ</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 26/02/2019 1. DIETA ORAL LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DÍPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N 5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N 6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ml. EV 8/8 h, S/N 7. CCGG+SSVV 8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H				
		<i>Atenção</i>	<i>As 9:55hs. realizado</i> <i>Exame físico em A.D. P.R.</i> <i>F.O. limpa e seca, piquis</i> <i>na área com uso de curativo</i> <i>Sem intercorrências. Est.</i> <i>de repouso. Membros</i> <i>limpos.</i> <i>As 15:15 hs. aferição</i> <i>SSVV. PA: 110x70mmHg</i> <i>P: 80 bpm. R: 20 imp. T: 36,4°C.</i> <i>Est. de repouso. Membros</i> <i>limpos. Tolerância</i> <i>As 20:15 hs. PA: 110x70mmHg</i> <i>P: 56 bpm. PA: 110/70mmHg</i>	
		<i>12</i>		

Deborah Luz Martins
ENFERMEIRA
COREN-PI nº 505.579

Dr. Flávio
Médico
16/02/2019 14:00

Hospital Regional de Saúde
 CONF. E REG. ORIGINAL
 Data: 27/02/2019
 Fundador
 Heli Par
 Supervisor
 SAMB
 Grupo de Apoio
 Saúde Física
 Saúde Mental
 Saúde Coletiva



SECRETARIA
 ESTADUAL DA
 SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA	ALA C	ENF 21	LEITO 98	R. MET.
ID: FX DO TORNOZELO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 27/02/2019			AS 9:15h REALIZADO	
1. DIETA ORAL ZERO (hande a 23:00h)			CURATIVO EM MJE (TOR-	
2. SF 0,9% - 1000ML IV EM 24 HORAS			NOZ(LO) FERIMENTO LIMPO	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS			E SCCO. SEM INTERCORREN-	
4. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			CIAS. EST. TEC. ENF. GCS	
5. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)	12 18 24 06		SSA ERIDA. INVICTUS	
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)	SN		AS 14:50h AFERIDO	
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160			SSUL. PA 110x70 MMHG	
MMHG E/OU PAD > 110 MMHG			T 36,0 C. R 20. BPM. P 72	
8. SSVV + CCGG			BPM. EST. TEC. ENF. GCS	
9. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12 18 24 06		SSA ERIDA. INVICTUS	
			Paciente submetido a ostom.	
			sintese homogenea sem flocos	
			R de requebracimento sem	
			intercorrências. C/CA	
			40 dias PA 110x80 mmHg	
			Tec. Esp. J. Almeida Nº 2335-70	

Deborah Luz Martins
 ENFERMEIRA
 COREN-PI Nº 505.578

Dr. Francisco José de Sousa Lima
 Médico de Família e Comunidade
 CRP 11.115

10. Raro - x do tornozelo
 OK

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

ENF: 03 LEITO: 98 APTO: ALA

NOME: Francisco Fábio

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE
MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

01-DIETA livre

sub

02-SF 0,9% 1000ML IV 14

GOTAS/MIN

selo Induzido

03-OMEPRAZOL 40MG VO PELA
MANHA

04-DIPIRONA 1G + AD IV DE 6/6H

05-TILATIL 40MG + AD IV 12/12 H

06-TRAMAL 50MG + AD IV 5/5H

07-CEFTRIAX 1G + AD IV 12/12 H

08-SSVV + CCGG

09. Curativo

11

As 9:32h realizada cura
Tuc, em MJD (Pe.) F.O limpa
e seca, pequenas áreas es-
coraçadas. Exat. pontos de
umente sangrantes aplica-
do redução de AGE. Sem
intercorrências. Est. Te. En.
8/845/11 Victorina para Indu-
tus

As 14:30h. apênd. SSVV:
PA: 120 x 80 mm/Hg, P: 60 bpm,
R: 24 bpm, T: 37,3 c. est. Te.
Enf. Victorina para Induções.

Ronaldo Cortez Barros
Ortopedista/Traumatologista
CRM 2925
CPF: 678.564.193-00

01.03.19

Paciente evolui m/
bons
Ao sair: Fo de

sem apênd. BPP

CP: Alto Hospital



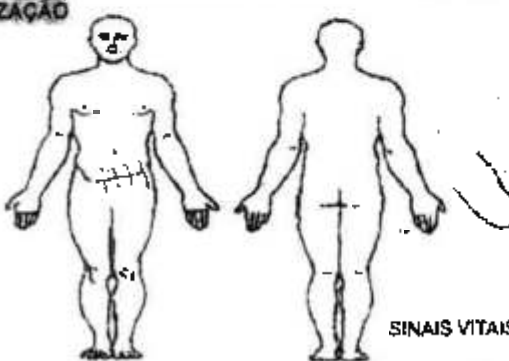
Deborah Luz Martins
ENFERMEIRA
COREN-PIN 505.578

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Pct: Francisco Fábio de Sousa Lima

CIRCULANTE Marcial Fermine SALA Nº 04
ENTRADA NA SO 17:10 INÍCIO DA ANESTESIA: 17:25 INÍCIO DA CIRURGIA 17:30
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 18:10
CIRURGIA PROPOSTA: Osteonite de Tornozelo (E)
CIRURGIA REALIZADA: A proposta
CIRURGIÃO Dr. Fco. Junior ANESTESIOLOGISTA Dr. Eduardo INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º Dr. Geraldo CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PNI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 115x73 SATO 99% FC 66 bpm
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 111x69 SATO _____ FC _____

TIPO DE ANESTESIA

☒ Raqui

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO

☐ BLOQUEIO AXILAR

☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

☐ BLOQUEIO PERIBULBAR

☐ GERAL COMBINADA (V+I)

☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA

☐ GERAL LOCAL

☐ PERIDURAL

☐ SEDAÇÃO

☐ SEDAÇÃO + LOCAL

☐ TÓPICA

☐ GERAL COM CATETER

☐ SEM CATETER

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

☐ COM CUFF

☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____

☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL

☐ VENTRAL

☐ GINECOLÓGICA

☐ LITOTOMICA

☐ LATERAL ESQUERDO

☐ LATERAL DIREITO

☐ SENTADA

☐ SEMI-FOWLER

☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR

☒ PVPI DEGERMANTE

☐ PVPI ALCOÓLICO

☐ EQUIPE MÉDICA

☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

☐ CLORO-HEXIDINA ALCOÓLICO

☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☒ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL

☐ TRICOTOMIA

☐ PASSAGEM SNG

☐ FUNÇÃO VENOSA

☐ ASPIRAÇÃO

☐ MSD

☐ MSE

☐ OUTROS _____

☐ GLICEMIA CASUAL _____ mg/dl

COLETOR

☐ UROSTOP

☐ AP BARBEAR _____ UND.

☐ SNG Nº _____

☐ LANCETA _____ UND

☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____

☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO DE SMARCH 02 UNID

☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg

☐ NÃO SE APLICA

LOCAL ANTEBRAÇO

☐ COXA

☐ PANTURRILHA

INÍCIO 17:25 TÉRMINO 18:13

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ LABORATÓRIO

☐ KX

☐ NÃO

☐ SIM

☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ OUTROS _____

LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____

NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Francisco de Sá Silva - Mãe: Sônia Lima				27/02/19		
PROCEDIMENTO: <u>Catectomia de tornozelo</u> (10)				SALA: <u>4</u>		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML/3 ML		01			ARCO CIRÚRGICO ☐	
SERINGA 5 ML/10 ML		02 + 02			BOMBA DE INFUSÃO ☐	
SERINGA 20 ML					ASPIRADOR ☐	
KIT ACESSO CENTRAL					AUTOCLAVE ☒	
SONDA DE ASPIRAÇÃO					INSTRUMENTAL CIRÚRGICO ☒	
AGULHA 40X12		1			ULTRASSON ☐	
ALGODÃO					STIMUPLEX ☐	
ÁGUA DESTILADA		02				
PVPi <u>Dequimante / Copiar</u>		200	ml			
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE		03				
ATADURA COM CREPOM		03				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA		01				
LIDOCAÍNA <u>2/1000</u>		05	ml			
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL		01				
DIPIRONA		02				
CEFAZOLINA <u>1/2 gte</u>		02	amp.			
FENTANIL		01				
FLUMAZENIL						
PLASIL <u>Bromoprida</u>		01				
VITAMINA K <u>Parvitidina</u>		01				
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON <u>2.0 / 3.0</u>		02 + 01				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE		30	pcs			
ESPARADRAO		30	cm			
LÂMINA DE SIST. ORT.		02				
LUA ESTÉRIL		02 + 03				
LUA DE PROCED. ORT.		05	pacotes			
SORO FISIOLÓGICO		10	pacotes			
SORO GLICOSADO						
MANITO						
RIKBER LIG.						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		01				
TNOXICAM						

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
17:30	18:10	
OPERAÇÃO: <u>Opt. de tornozelo</u> (E)		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fco. Pinier</u>		
AUXILIAR: <u>Dr. Geraldo</u>		
ANESTESISTA: <u>Dr. Eduardo</u>		
TIPO DE ANESTESIA: <u>Raque</u>		
INSTRUMENTADOR:		
OCORRÊNCIAS: <u>sem intercorrências</u>		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019
DPVAT

MÉDICO: Francisco de Sá
 ENFERMEIRA(O): Denise
 TÊC. ENFER.: Marcia Firmo
 COREN: 1194776 TE

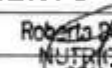
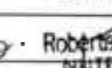
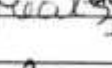
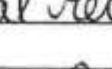
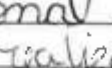
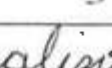
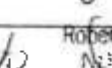
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Fernando Gabriel de Jesus (m)</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>21/02/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <u>APJE</u>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					
LÍQUIDOS	SO. UTO					
	SANGUE					
	OUTROS					
TEMPERATURA T	38					SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
INICIO E FIM ANESTESIA X					DURAÇÃO	
INICIO E FIM OPERAÇÃO					INCIDENTE / ACIDENTE	
TÉCNICAS						
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDICÕES POS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE <i>Francisco Fábio de Sousa Lima</i>			
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
<i>20/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>21/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>22/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>23/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>24/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>25/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>26/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>27/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<i>28/02/19</i>	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
			
			

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
2 - CNES
4009622
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
406662
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
909 603 611 795 677
8 - DATA DE NASCIMENTO
24/08/1984
9 - SEXO
X 1 Fem 2
10 - NOME DA MÃE
ANGELINA BARBOSA DE LIMA
11 - TELEFONE DE CONTATO
() -
12 - ENDEREÇO
JOIO SOUSA, 0 -
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
VARZEA GRANDE
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO
2211407
15 - UF
PI
16 - CEP
64625-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente automobilístico, envolvido com trauma em TNE @ Bêbado e fratura bimalar de TNE @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
Trauma / lesões faciais

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Injúria + Exame físico Estado moderado
DIAGNÓSTICO INICIAL
Trauma bimalar TNE @
21 - CID PRINCIPAL
S82.6
22 - CID SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento cirúrgico de fratura TNE @
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04.08.03.049-7
26 - CLÍNICA
Ortopedia
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência
28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
037.953.883-09
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Gustavo Felix
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
19/09/2019
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
Dr. Gustavo Felix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111, CRM-MA 9916

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGU. DORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220800001
45 - CODUMENTO
() CNS () CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SMS - Picos
Cartão SUS 100.590.547.830.000
CPF 011.541.113-49/CRM-PI 314

Assinatura paciente/Responsável

Francisco S. S. Silva

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-301 - Picos-PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Francisco Fátima de Sousa Lima	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO		DATA	27/04/19	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura do tornozelo (E)

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	27/04/19	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	Osteossintese do tornozelo (E)	CIRURGIA REALIZADA			

TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	☐ REINTERNAÇÃO
☐ LIMPA	☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA	☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1. Paciente em posição supina
2. Aspirar + anti-espasmo + gesso de corpo inteiro
3. Incisão no manguito medial + drenagem por pleuro-
medula de pot-ure do manguito lateral + colocação
de placa DCP 3.5 x 10 07 para el 06 pontos
4. Incisão medial no manguito + drenagem por pleuro-
medula de pot-ure do manguito medial
5. Redução de manguito medial + punção de 02
pontos medulares
6. Ligeira de 20,4°
7. Drenagem

INTERCORRÊNCIAS

8. Ametise

ANTIBIOTERAPIA

☐ NÃO ☐ SIM

ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS:

Nº DE PEÇAS:

LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS

☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO:☐ ORTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA

ANESTÉSICO

DURAÇÃO

ANESTESISTA

CIRURGIÃO

1º CIRURGIÃO AUXILIAR

2º CIRURGIÃO AUXILIAR

CREMEB

CREMEB

CREMEB

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

Francisco Fábio de Sousa Lima

CARTILHA DE IDENTIDADE





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

INSCRIÇÃO NACIONAL

25.09.02

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

João Antonio de Sousa

Angelina Barbosa Lima

Várzea Grande -PI 24/08/1984

Nasc. 7.738, Liv. 11, Fls. 59

Exp. Várzea Grande-PI 19.03.87

Francisco Fábio de Sousa Lima

2.19.14

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

017.229.393-62

Nome

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Nascimento

24/08/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170346716 Nº 013405215080

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 500392250 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JOAO ANTONIO DE SOUSA

68446632349 PLACA DIX-2050

68446632349 PLACA ANT / LUP CHASSI DIX-2050

DIX-2050 9C2JC4820DR026775

PAS/MOTONETA / NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES MARCA / MODELO ANO PAS 2012 ANO NDO 2013

002P/124CC CATEGORIA PARTIC PRETA COR PREDOMINANTE

1 1º IPVA 2º 3º PAGOS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 90,31 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO EGIU PAGO 8 BRIGATORIO

SEN RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

VARZEA GRANDE 15/10/2018

VARZEA GRANDE

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

PI Nº 013405215080 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/10/2018

VIA 1 68446632349 CPF / CNPJ PLACA DIX-2050

500392250 RENAVAM MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2012 ANO TVE 09 Nº CHASSI 9C2JC4820DR026775

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) 81,28 DETRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 10F (R\$) 0,70 TOTAL BILHETE / R\$ SEGURO (R\$) 185,50

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/10/2018

SEQUESTRADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 08.248.808/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2018
DPVAT

Sininho - 31901504475

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Francisco Fábio de Sousa Lima
RG 2.419.144 / CPF 047.229.393-62
Residente a Rua Rua 15 de Novembro 24, Cidade de
Itapecuru Grande do Piauí / Bairro: Urbano
UF Piauí CEP 64.525-000

Telefone para contato: 86199948.1744 186199981.6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicito uma Perícia médica DPVAT de meu
processo atendo sem custos que me pagaram
R\$ 1.687,50, sem meus eu ter ido a uma
perícia médica.

Local: Itapecuru Grande - Piauí UF Pi DATA 07/10/2019

Francisco Fábio de Sousa Lima

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504475 **Cidade:** Várzea Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PGS 18,19,20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504475 **Cidade:** Várzea Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PGS 18,19,20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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\$ 1.687,50

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: **FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001383**

Conta: **0000065935-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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\$ 1.687,50

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: **FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001383**

Conta: **0000065935-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

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

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

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

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 017.229.393-62 Nome completo da vítima: Francisco Fabris de Sousa Lima

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

Nome completo: Francisco Fabris de Sousa Lima CPF: 017.229.393-62

Profissão: Trab. Rural Endereço: Rua 15 de Novembro Número: 24 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Bonzeza Grande do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.525-000

E-mail: Recusar-se Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65935 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

Estatu civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Bonzeza Grande - PI 25.08.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 271883.000035/2019-06

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 10/07/2019 - 09:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VÁRZEA GRANDE

19/02/2019 14:00

Tipo Local

OUTROS

Município

Bairro

VÁRZEA GRANDE

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PRAÇA SANTO ANTÔNIO, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Tipo Envolvido: VITIM/Ausultante

RG: 2419144

Mão: ANGELINA BARBOSA LIMA

Endereço: CONJUNTO OI OI SOUSA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Mandado: 000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corpora. acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA BIZ 125

OIX2050 9c2jc482Gdr026775

500392250

Preta

Condutor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Cidade: VÁRZEA GRANDE UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVIU A SUA PESSOA E TEVE A SEGUINTE DINÂMICA: O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NO CENTRO DA CIDADE DE VÁRZEA GRANDE, FOI QUANDO COLIDIU COM UM VEICULO ONDE CAIU NO LOCAL E FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATE O HOSPITAL LOCAL, ONDE FORAM FEITOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO ATE HOSPITAL DE PÍCOS ONDE FOI FEITO RAIO-X E CONSTADO FRATURA NO PÉ ESQUERDO. QUE FOI EM SEGUIDA REALIZADO CIRURGIA. ERA QUI TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA - Vítima
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 017.229.393-62 Nome completo da vítima: Francisco Fabris de Sousa Lima

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

Nome completo: Francisco Fabris de Sousa Lima CPF: 017.229.393-62

Profissão: Trab. Rural Endereço: Rua 15 de Novembro Número: 24 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Bonzeza Grande do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.525-000

E-mail: Recusar-se Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todas as opções)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65935 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

Estatu civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Bonzeza Grande - PI 25.08.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

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



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Fabio de Sousa Lima

DATA DE NASCIMENTO

24.08.1984

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC: ☒

FEM: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.144

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5657

RACIA/COR:

BRANCA ☒

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

João Antônio de Sousa

MÃE:

Angela Barbosa Lima

ENDEREÇO:

Rua 15 de Novembro

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 19 / 08 / 2019

HORA: 14:49

29 AGO 2019

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PARCELA

DPVAT

Paciente vítima de acidente envolvendo
veículo com o qual estava dirigindo

(E)

no semi-camionete + colisão + fratura



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA DE VÁRZEA GRANDE
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284 - CNPJ: 06.554.950/0001-44

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UDCBA</u>	Para Unidade: <u>UDCBA / UZCZ</u>
Paciente: <u>Francisco Fielles de S. Almeida</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<u>Paciente 35 anos, vítima de ac. subaguda</u> <u>crônica com dor + estresse em M.I.C.</u> <u>no pulmão: crepitações + líquido do AMM</u>	
HD: <u>EX de paciente Int.</u>	<u>Dr. Ramilson F. de S. Dantas</u> <u>MEDICO</u> <u>CRM 10832</u>
DATA: <u>19/03/19</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:	Para Unidade:
DIAGNÓSTICO	
HD:	
DATA: <u> / / </u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019
DPVAT

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchida em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem.

P.A.	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
120 x 80		34,5		98

DIAGNÓSTICO

Fx Bursite

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐

CONSULTA MEDICAMENTOSA ☐

PJ CORRETO
DE SEGURO

29 AGO 2019

DPVA

CONSULTA ORTOPÉDICA ☐

PEQUENA CIRURGIA ☐

IMOBILIZAÇÃO ☐

TRATAMENTO REALIZADO

- 1) Analgesia
- 2) Bexiga + Curativo
- 3) Imobilização

EXAMES COMPLEMENTARES

OUTROS

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZEA GRANDE
Praça Marechal Deodoro da Fonseca S/N

CEP: 64.525-000

Fone: (88) 3471-1266

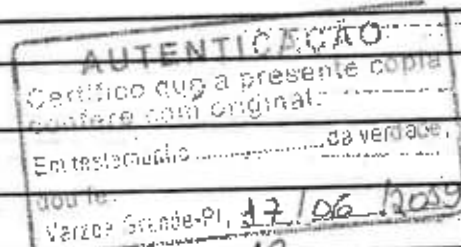
CARTÓRIO ÚNICO

Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Interino



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: 12/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000065935-3

Nr. da Autenticação B8013B86DBFF0F55

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.743/0001-89 / Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-7
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PI

Para ser emitida
em nome de: **CELESA**
ou **CELESA/PI**

Nº da Nota Fiscal

0426383-0

A Tuita Sociedade de Energia Elétrica - PSC de 100%
pelo Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
		022857971	

JUNHO/2019

17/06/2019

30

21,37

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
ADILINA NONATA DA SILVA R. 15 DE NOVEMBRO 24 S/C B-URBANO CPF: 00000000000000 CEP: 04.915-400 - VARZEA GRANDE Consumo Medido: Consumo Faturado: 190	Atual: Anterior: Próxima Leitura: Envelhecimento: Apresentação: 10/06/2019

Forma de Faturamento:	Classe/Subclasse	Uso	Unidade Consumidora	Posto	Código	Medida
190 de irregularidade	13	13	30	FCAM	10/06/2019	10/06/2019

HISTÓRICO kWh	MINIMO	DESCRICAÇÃO DA CONTA
RESIDENCIAL MONO A2144136 1.1.1.1 11 CONSUMO 30 A R\$ 0,675443 = 20,26 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 1,11 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,20		
MAI/19 11 ABR/19 6 MAR/19 6 FEV/19 14 JAN/19 13 DEZ/18 16 NOV/18 16 OUT/18 0 SET/18 8 AGO/18 14		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

U A 30 - 0.022854

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/05/2019. O não pagamento por 30 dias suspenderá a inclusão da nova do consumidor na SEGEN. Caso tenha recebido o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: Energia: Transmissão: Encargos: Tributos:	Base de Cálculo: Alíquota ICMS: Valor do ICMS: Valor do PIS: Valor do COFINS:
3964. A684. 843A. 1114	20,26
5,47	
10,55	
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Mensal Anual Mensal Anual	FC DBC DIBI
1,77 0,07 1,59	1,40% 0,49% 1,31

7,77 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 SEU CÓDIGO 0,00 TOTAL A PAGAR - R\$
04/2019 10,52

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.743/0001-89 / Insc. Estadual 19.301.383-5

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

04/2019

17/06/2019

Nº da Nota Fiscal:

06/2019

17/06/2019

022857971 FCAM

8361000000 6 21370017000 3 00000000426 7 38800619008 5



SEQ.: 00038 UC: 0426383-0 DT. LEIT.: 10/06/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 190

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019
DPVAT

SH 5.4
R. da Liberdade Nogueira, 1514
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.471/0026-06 - I.E.: 134445895
CNPJ de Matr.: 02.421.471/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 100,43

VENCIMENTO

25/06/2019

EMISSION: 07/06/2019

POSTAGEM: 14/06/2019

FATURA: 3848694738

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com a TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse. Confira nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Desconto TIM Pó C Plus 12m para o número 86999993007.

Serviços TIM S.A.

VALOR



Oferta TIM Pó C Plus

R\$ 90,01



CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 7,35



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

R\$ 2,47

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos

Oferta TIM Pó C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pó C Plus

Desc Relac 25% Oferta TIM Pó C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

-

-

1

31

07/05 a 06/06

199,99

-

-

12/12

31

07/05 a 06/06

-60,00

-

-

2/6

31

07/05 a 06/06

-49,98

10GB

-

1

31

07/05 a 06/06

90,01

Ilimitada

183m42s

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPASTO TIM S.A.

ICMS

PIS/COFINS - Serviço Telecom

PIS/COFINS - Serviço Não Telecom

PIS/COFINS - Serviço Não Telecom

FRANQUIA BASE DE CÁLCULO

30%

3,65%

4,65%

3,25%

VALOR POST: R\$ 0,48

R\$ 22,08

R\$ 22,08

R\$ 0,25

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (incluindo o plano de fidelidade)

Franquia

R\$ 145,48

SVT

R\$ 51,90

Descontos e Fichas

R\$ -20,00

Descontos e SVT

R\$ -25,96

Em atendimento à Lei 8245-2012

As contribuições do PIS e do COFINS não são repassadas sobre os serviços

TIM

Cliente TIM Móvel com mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA

JUN/2019

DATA DE EMISSÃO

07/06/2019

DATA DE VENCIMENTO

25/06/2019

VALOR

R\$ 100,43

84680000031 - 6

00430109011 - 6

00384869473 - 7

30121536776 - 5

MA BANCOS

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

