

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

---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190025439**

**Vítima: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190025439**

**Vítima: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

**Valor: R\$ 2.025,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003436**

**Conta: 0000032048-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

081.519.993-73 Francisco Igo mascaunhas de Souza

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

Nome completo:

Profissão:

autônomo

Endereço:

Rua Coronel Correia

Bairro:

Xique-Xique

Cidade:

Barras

E-mail:

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3436

CONTA: 32048

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

SENTE SEGURO LIDER S.A.  
Centro, Nogueira, 465  
CEP: 64.002-470  
Tereza Cristina  
Fone: (65) 3222-1000

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

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

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que 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.

Impressão  
digital de  
vítima ou  
representante  
de beneficiário

Local e Data: Barra, PI 10/12/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Francisco Igo mascaunhas de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

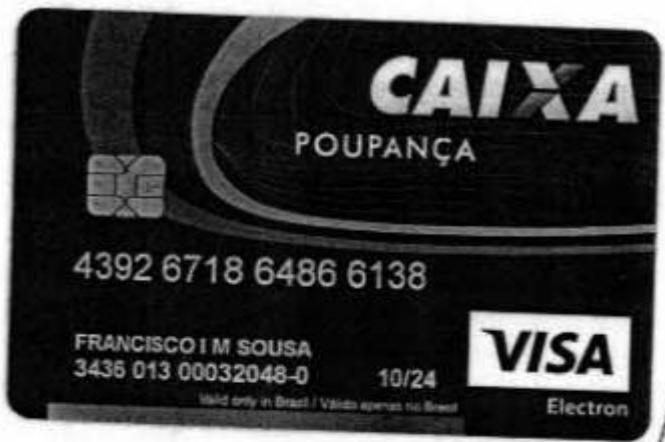
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001690/2018-68

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Vanilton Borges E Silva

Data/Hora: 11/12/2018 - 10:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE BARRAS

29/09/2018 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

497181

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

ZONA RURAL DE BARRAS- ANGELIM, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4345419 SSP PI

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS

Pai: ANTONIO DE PÁDUA DE SOUSA OLIVEIRA

Endereço: RUA CORONEL CORREIA, Nº 430

Complemento: CHIQUE CHIQUE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BARRAS

Telefone(s): 86-9533-5623

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

Apreendido

1 - OUTROS.

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. OUTROS

2010 NIN4756 9C6KE1400A0003042

219830592

Preta

Condutor: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

RG: 4345419 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA CORONEL CORREIA Número: 430 Complemento: CHIQUE CHIQUE

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCA DAS CHAGAS MASCARENHAS

End: LOCALIDADE INGÁ-ZONA RURAL DE BARRAS Número:

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARCEU A ESTA GERÊNCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SOFRERA UM ACIDENTE COM A MOTO ACIMA ESPECIFICADA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE E CAÍRA DA MOTO FRATURANDO UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, SENDO ATENDIDO NA URGENCIA DO HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO, EM BARRAS( CONFORME REGISTRO 15938), E DEPOIS FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES NA CIDADE DE PIRIPIRI-PI CONFORME 82770. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

Vanilton Borges E Silva - Mat. 1085972  
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Igo MASCARENHAS DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001690/2018-68

  
Delegado de Polícia  
Msc. Flávio C. Costa Oliveira  
Delegado de Polícia Civil Classe Especial  
Assessor Especial da Polícia Civil do Estado do Piauí  
Matrícula: 108611-1







**HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO**  
 PRAÇA: MONSENHOR BOSON,  
 CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000  
 CNPJ: 12927470000169  
 Leônidas Melo (86) 3242-1336 - ( ) -  
 HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P07863

Registro: 15938

Data: 29/09/2018

Hora: 21:01:00

Funcionário: RABELO

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS**

**Senha**

**6**

**FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

CPF: 081.519.993-73 - RG: 4.345.419 - SUS: 20661061315000

Nasc.: 09/06/1998 Idade: 20 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64100-000

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Bairro: XIQUE XIQUE

Cidade: BARRAS/PI

Cor: SEM Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Peso: Kg P.A.:

Responsável: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO Temp.: °C

**Procedimentos**

29/09/2018 21:01 01

CONSULTA (CLINICA MEDICA)

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

**Queixa principal:** ACIDENTE DE MOTOCICLETA

**Exame clínico/físico:**

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:**



**Procedimentos/exames realizados:**

**Ass. Técnico**

1- LIMPEZA + CURATIVO  
 2- ENXOMINHO À VERSOZOM.  
 3- INJETAM/100ML - 1AMP + 100ML SF0,9% , EV  
 4- BROMOCROM - 1AMP + 100ML

Dr. Auro P. Costa Junior  
 MEDICO  
 CRM-PI 6502-CRÉD-MA 9183

J. M. do Coqueiro S. Alves.

# 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: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000032048-0

---

Nr. da Autenticação 9D13822D4C8B4ABA



Para contratar com a  
Eletrobras, informe  
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

316751-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 06.546.748/0001-86 | NRE: Estadual 19.361.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 5-1  
Regime especial de impostos autorizada pela SIR/PI 06/98

Nº da Nota Fiscal: 012139177

A Série Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CORRIMENTO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	17/10/2018	78	291,10

MARIA DAS GRACAS FERREIRA LIMA  
R. CORONEL CORREIA 586 430 XIQUE-XIQUE  
CPF: 08013846833304  
CEP: 64.100-000 - BARRAS

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3524	Atual:	09/10/2018
Anterior:	3446	Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	09/11/2018
Consumo Médio:	78	Emissões:	08/10/2018
Consumo Faturado:	78	Aproximação:	09/10/2018

Tarifa de Consumo: 0,834032 R\$ / kWh

Consumo de energia: 78 kWh

Consumo de energia: 78 kWh

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Guia/Endereço Ligação Número Medidor Posto Código Faz. Média 12 meses

RESIDENCIAL FONTE 116.22442 1-1-1,1

HISTÓRICO kWh

Mês/Ano	Consumo	Descrição da Conta
SET/18	88	CONSUMO 78 A R\$ 0,834032 =
AGO/18	106	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)
JUL/18	88	CORRECÇÃO MONETARIA IG 08/18-06
JUN/18	95	MULTA POR ATRASO 08/18-06
MAI/18	108	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-06
ABR/18	88	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,89
MAR/18	101	
FEV/18	91	
JAN/18	99	
DEZ/17	78	
TARIFA S/OS TRIBUTOS:		
78 A 78 - 0,834032		

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor - R\$ Vencimento: 17/10/2018

09/2018 84,51

NOTA: O vencimento da fatura é sempre o dia 15 de cada mês.

SEGUE SEU R\$ 65,85 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 17/10/2018

RESERVADO AO RISCO 47EB.F3C8.C4BF.292A.98FC.5990.504B.4064

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,13	Base de Cálculo:	65,85
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transporte:	0,00	Valor do ICMS:	14,31
Enegear:	0,00	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	17,92	Valor do COFINS:	2,97

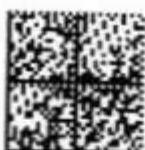
INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC DFC DMC DICR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

ENTE SEGURADORA S.A.  
Av. Coelho de Almeida, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



CTCE FORTALEZA CE PLT  
**MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**  
 R HENRIQUE DIAS 790  
 VERMELHA  
 64019-330 TERESINA PI

00324557

DATA DE VENCIMENTO: 05/01/19 - DATA DE POSTAGEM: 27/12/18



7216210573112450000004749630271218

Acesse sua conta e outros serviços  
 No App Minha Claro  
 Na internet - minhaclaro.com.br  
 Pelo celular \*1052#  
 No Atendimento Claro 1052  
 Para fatura em braille, ligue 1052

**ClaroClube**

Saldo de pontos em 18/12/18  
 Pontos resgatados em 11/18

4.236  
0

**Número do seu Claro**  
 86 99405 4326

**Período de Uso**  
 de 20/11/2018 a 19/12/2018

**Vencimento**  
 05/01/2019

**Total a Pagar**  
 R\$ 47,09

Valor pago na última conta: R\$ 45,97

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

## Individuais

Assinatura Controle  
 Juros e Multa  
 Descontos

Total do Mês

Total a Pagar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
10 JAN 2019	R\$	65,68
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.000-470 Teresina-PI	R\$	1,12
	R\$	-19,71
	R\$	47,09
	R\$	47,09

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

**Prezado Cliente,**  
**Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repercebidos ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - No lugar, informe o nº de reclamação registrada na prestadora.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

### 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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu maia do carmo Procurador da Silva  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.751.703 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Francisco Igo marcauhenhas de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.519.993 / 73,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Francisco Igo marcauhenhas Souza  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.519.993 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Henrique Duas</u>	Número:	<u>790</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Vila Bela</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:
Cidade:	<u>Teresina</u>			<u>64.019-330</u>
E-mail:		Tel.(DDD):	<u>66/99982-3093</u>	

Local e Data: Teresina - PI 09.01.19

maia do carmo Procurador da Silva  
 Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Mascarenhas,  
RG nº 1.960.914, data de expedição 09/01/98,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 679.641.983-00, com  
domicílio na cidade de Barros, no Estado de  
Piáni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Localidadi Inga, nº S/N,  
complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francisco Igo Mascarenhas de Souza, cujo o condutor era  
Francisco Igo Mascarenhas de Souza

Veículo: Moto  
Modelo: Yamaha IT115 CRYPTON.E0  
Ano: 2010  
Placa: VIN-4756  
Chassi: 9C6KE1400A0003042  
Data do Acidente: 29/10/2013  
Local e Data: Barros - PI 10/12/18

Francisca das Chagas Mascarenhas  
Assinatura do Declarante



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



**HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO**

PRAÇA: MONSENHOR BOSON,  
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000  
CNPJ: 12927470000169

(86) 3242-1336 - ( )

**HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA****Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P07863

Registro: 15938

Data: 29/09/2018

Hora: 21:01:00

Funcionário: RABELO

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**Senha 6****SUS****FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

CPF: 081.519.993-73 - RG: 4.345.419 - SUS: 2066106131500C

Civil:

CEP: 64100-

Nasc.: 09/06/1998 Idade: 20 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

Cidade: BARRAS/PI

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Bairro: XIQUE XIQUE

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsavel: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO

**Procedimentos**

29/09/2018 21:01 01 CONSULTA (CLINICA MEDICA)  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

**Queixa principal:** ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM MESA / FVATUVA 42000  
 EXPOSICAO MANGA  
 DIST/ 500000

**Exame clinico/fisico:****Diagnostico provavel:**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

**Medicação:****Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

- 1- LIMPEZA + CURATIVO  
 2- ENXOMINHO À VERSOZON  
 3- INJET/ 100ML - 2AMP + 100ML SF 0,9%, EV  
 4- Bromocriptina - 1AMP/100, EV

Dr. Auro P. Costa Júnior  
 MEDICO  
 CRM-PI 6502 CRM-NR 9183

J. M. do Lourenço S. Alves

Atendimento	I015343
Data:	30/09/2019
Hora:	2:14

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

Nº AIH

OTAVIO

## BOLETIM DE ADMISSÃO

### 82770 - FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

- Sexo: MASCULINO - 09/06/1998 - 20 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0701 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: 4345419 C/N: CNS: 206610613150003

Endereço: RUA CORONEL CORREIA, N° 0 - CEP: 64100000 Bairro:

Cidade: 2201200- BARRAS/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: MARIA SONIA MASCARENHA

Responsavel: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - ( ) - O MESMO

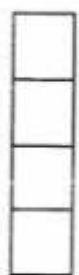
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

*Fractura 5º PPF + Fract 3º, 4º PPF*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

#### Resultado



Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado



Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina



-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

#### História Clínica

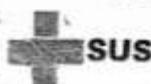
*fractura no quadril de 5º PPF + fractura do 3º e 4º PPF*

#### Diagnóstico Provável

*Fractura 5º PPF + fract 3º e 4º PPF*

*Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427*

PROFISSIONAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES  
2777746  
4 - CNES  
2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
206610613150003  
10 - NOME DA MÃE  
MARIA SONIA MASCARENHA  
12 - ENDEREÇO  
RUA CORONEL CORREIA, 0 -  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BARRAS

8 - DATA DE NASCIMENTO  
09/06/1998

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
82770

9 - SEXO  
Masc.  Fem.  2

11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2201200

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64100000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

frauen for quid di nabo, ca apita qd do  
Sº PDE + Fraj. esforçado 4º PDE + Fraj.  
do 3º PDE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O meados de

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Abraçou + CT + BZ  
Fraj. 4º PDE

21 - CID PRINCIPAL  
5925

22 - CID SECUNDÁRIO  
4343

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

interv. Multif.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
0415010012

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

( ) CNS ( x ) CPF

VERNEU MOURA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felix Nunes Bagumull

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO (CRM)

VERNEU MOURA  
CRM - PI 842

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  
M230350101

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
MAURO RUBENS LIMA VERDE

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( x ) CPF

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
20928319334

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO  
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional  
Leônidas Melo

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: HOSPITAL DE Barras

PACIÉNT: ORTOPEDIA  
Para: SENHA -> 208092907390

Nome da pessoa encaminhada:

FRANCISCO IGOR MASCARENHAS DE SOUSA

Registro:

Motivo do encaminhamento:

TRAUMA EM MIE (MIO). FRAURO FRCRO - 42159

EXPOLOS / ALANEG. 0152 / 53000-

HOSPITAL SEM RAIOS-X.

LIMPEZA + ANESTÉSICO + ANESTESIA.

ENOMINIL + OXOCARÍD P/ ANESTESIA  
& RAIOS-X

Observações:

Dr. Avel P. Costa Júnior  
MÉDICO  
(CRM-PI) 5507/CRM-PI 9113

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

Data 29/01/19

Resp. p/ encaminhamento

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso P. de Moraes, 2000 - Centro de Saúde  
Unidade Mista e Hospital São José Regional  
Belo Horizonte - MG

## FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no  
Hospital de origem através do próprio  
Paciente devidamente fechada.

PACIENTE: 1015343-FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA  
ENFERMARIA: CM07-CLÍNICA MÉDICA LEITO: CM0703 IDADE: 20 ANOS  
ADMISSÃO: 30/09/2018 SUS

DIAS INTERNADO: 1

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/10/2018 - 07:32:59

DIETA LIVRE

APÓS EFEITO ANESTÉSICO

CORPO FISIOLOGICO 0,9% 500ML S/CTIFAG FECHADO	1,00 AMP FRAMPTERASA (IV)	12/12H		
CEFAZOTIMA 1G 1ML	1,00 FRAMPTENDOVENOSA (EV)	06/06H	18	00.12.06.12
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	3,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	1X DIA	DILUÍR EM 250 ML SF	12
METRONIDAZOL 5MG/100ML INJETAVEL - BOLSA	1,00 BOLS. ENDOVENOSA (EV)	08/08H	0,9%	12
DIPRONA 1G AMP	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	06/06H	20 AMP 04	12
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETAVEL	1,00 FRAMPTENDOVENOSA (EV)	12/12H	18	00.12.06.12
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	08/08H	00.12.32	12
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML SN 2ML - PASH	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	06/06H	0,9% DILUIR EM 100 ML SF 20 AMP 04	12
SSW + CCGG				

02/10/18  
m  
AS  
M  
JAH - 30/09/2018



GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Nöde CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dr. G. M. M. Scare  
MÉDICO  
CRM-PI: 5598





ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019

GENTE

01-2019-003 Log C  
Nº Matr. Cap. 84.002-470  
Teresina-PI

Nome:	Francisco Jgo. Macarenhas de Souza		
ENFERMARIA	LEITO	CIRURGÃO	ANESTESISTA
CIRURGIA		Dr. Felipe	Dr. Eduardo
INÍCIO	09:15	TÉRMINO	09:45
		ANESTESIA	raque

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA			EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7	X	02	MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSIATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2			PROSTIGIMINA		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4	X	01	SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML	X	01	MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL N° 0			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			AMPICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2			CEFALOTINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFAZOLINA	X	02
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 18	X	01	VICRYL N° 6			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			SOROS		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°			FISIOLÓGICO 250ML		
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 21						GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 23			SOLUÇÕES			RINGER LACTADO 500ML		
SCALP N° 25			ÁLCOOL 70%	X	70 ml	MANITOL		
SCALP N° 27			ÁLCOOL 90%			PSICOTROPICOS		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TÓPICO	X	30ml	MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE	X	30ml	MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ÁLCOOL IODADO			DOMOTIDOLossal		
EQUIPO MACROGOTAS	X	01	ÁGUA OXIGENADA			FENTANIL FRASCO		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			FENTANIL AMPOLA		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			PROPOFOL		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA			HALOTANO		
DRENO DE SUÇÃO N°						ENFLURANO		
DRENO DE TORAX N°			ANESTÉSICOS			ISOFLURANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA GEL			SEVOFLURANO 100MG		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAÍNA SPRAY			SEVOFLURANO 250MG		
ELETRODOS			XYLOCAÍNA 2% S/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA PESADA			THIOPENTAL		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% S/V	X	01	NARCAN		
LÂMINA N° 24	X	01	NEOCAINA 0,5% C/V					
LUVA ESTÉRIL 6,5	X	02	BUPIVACAÍNA 5 MG					
LUVA ESTÉRIL 7,0								
LUVA ESTÉRIL 7,5			MEDICAMENTOS					
LUVA ESTÉRIL 8,0	X	02	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	05	ATROFINA			ASPIRADOR		
SONDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA			AR COMPRISSIDO (H)		
TUBO OROTRÁQUEAL			BUSCOPAN			MICROSCÓPIO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			CEDILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDIÁCCO		
SONDA GÁSTRICA N°			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CERA ÓSSEA			KCL			CARRO DE ANESTESIA		
SURGICEL			NACI 10%			OXIGÉNIO (H)		
TELA DE PROLENE			NACI 20%					
ATADURA DE CREPOM N°	X	02	DEXAMETASONA	X	02	OUTROS		
COMPRESSA	X	03	DIPRIVONA			multivit		
COMPRESSA DE GAZES	X	03	DOBUTAMINA			01		
ALGODÃO ORTOPÉDICO			EPORTIL					

DATA	INSTRUMENTADOR	RAYSTON	CIRCULANTE	Jovilda e Grainha
------	----------------	---------	------------	-------------------



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA  
Faz. Coop. Piauí

TUTESINA PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 30/9/18

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Francisco Lgo Marcaarles da Sôa

DIAGNÓSTICO:

Hipite co traumática do 5º PFT

CID: 5983

CIRURGIA:

Resgatado de coto  
do Atipit co

PROCEDIMENTO:

0408060042

CIRURGÃO:

Dr. Filipe

AUXILIAR:

Mr. Webster

ANESTESISTA:

Dr. Edmundo

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

lavagem com MM soluçao antiseptica

Prp - Anti - sepi

LHC

Resgatado de coto do Atipit co

duro

marab

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA  
Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PI 442



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 30/9

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Francisco Joaquim Marques de Souza

DIAGNÓSTICO:

Flúamento do reto

CID: T013

CIRURGIA:

LMC

PROCEDIMENTO: 0413040778

CIRURGÃO:

Dr. Felipe

AUXILIAR: Dr. Wilson

ANESTESISTA:

Dr. Edward

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

faixas de TNT sob epírito amarelo

Anepi + Anel - Anel

Aplicação de anel branco

LNC

Fixação

fixação

curto



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

Dr. Felipe Verner Pagnoncelli  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA:

30/9

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Francisco 1ºº paciente de JSL

CID:

5925

DIAGNÓSTICO

Fratura do 4º PDC

CIRURGIA:

Osteosíntese frat 4º PDC

PROCEDIMENTO:

0908050470

CIRURGÃO:

Dr. Felipe

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

faixas MM 100x100x100x100  
Anel e plástico  
aparelho do ato fez

IMC

Fixação 1ºº PDC

Luxo

Suturo

curado

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 bairro C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA  
Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI  
E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

## RECEITUÁRIO

NAME: Fco Igo Marmol de la Torre

Oct 18th 1900

zum 0/4 vor 6 Uhr + bis

② Flavocystos

- Form 013 VO width = 10 km

O Cummins New

○ Return me 15/10/18, 7.00  
Dr Gudenberg

Date: 02/10/18

Assinatura e carimbo:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Teresina-PI



## HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

### RECEITUÁRIO

NOME: Franíco Igo Moncenho de Souza

Meu nome é Igo Souza e fui given o  
pessoalmente recadastrado (30) dia  
de setembro.

CTD: 5920



Dr. Gutenbergo C. M. M. Soares  
MÉDICO  
CRM-PI: 5369

15 - 10 - 18

Data: / /

FRANCISCO IGOR MASCARENHAS RODRIGUES  
PG 80496

FRANCISCO IGOR MASCARENHAS RODRIGUES  
PG 80496

FRANCISCO IGOR MASCARENHAS RODRIGUES  
PG 80496

E

E

UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói - CEP: 24210-000

Livro: 864  
Window: 1688

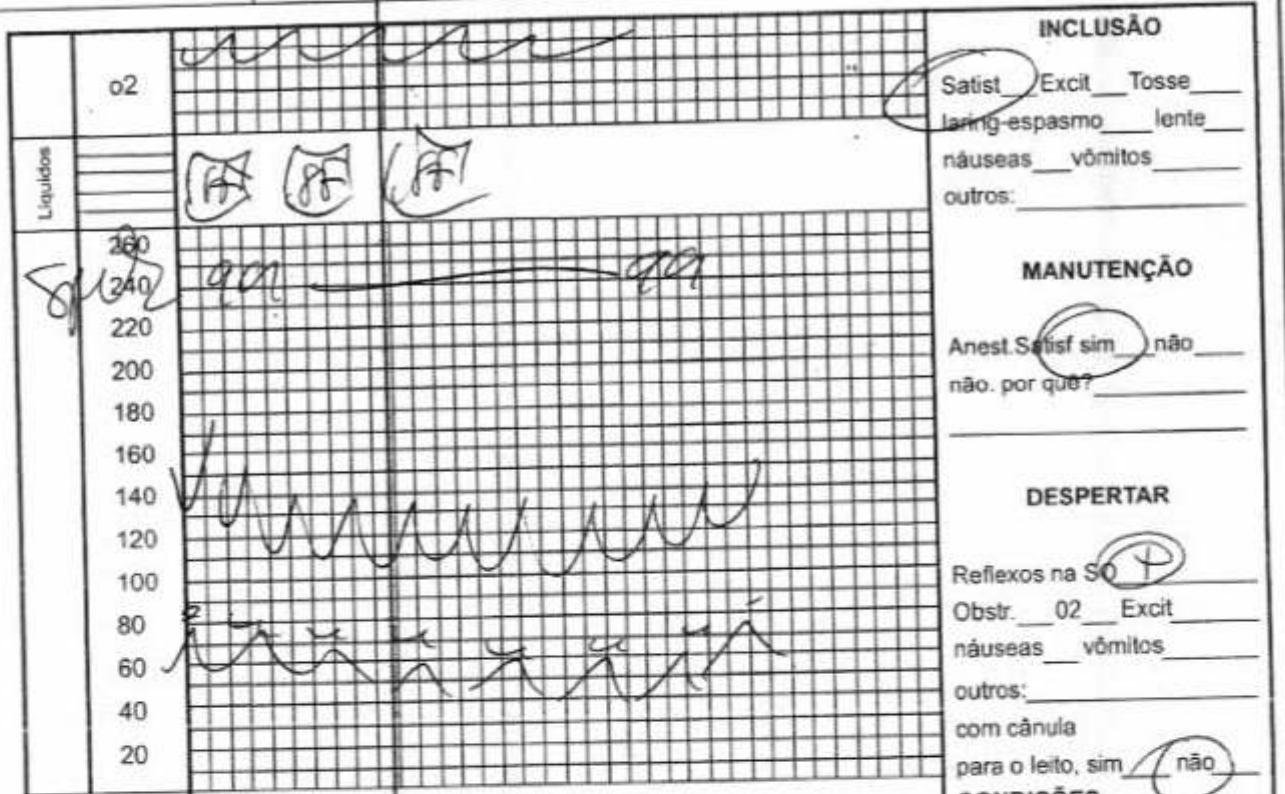
Fecha: 30/09/2018  
Tec: JAURO  
Hora: 10:11

Levam: 896  
Window: 1759

Fecha: 30/09/2018  
Tec: JAURO  
Hora: 10:12

Tec: JAURO  
Window: 1759

Nome: <u>Edo M. de Souza</u>		Clinica		Prontuário		
Idade	Sexo	Cor	Procedência			
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Fuso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematórito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina					



Símbolos e Anotações		
Posição		
Agentes	<u>Mocassim 13m / Flutuante 10ml</u>	Cápsulas
Técnica	<u>BSA 270 1/2 da face para a / intravenosa</u>	
Operação	<u>Extrator</u>	
Cirurgiões	<u>Felipe</u>	
Anestesistas	<u>Edmar</u>	
Observações		Perda Sanguínea

OXIGÊNIO		PACIENTE TRANSFUNDIDO
INÍCIO:		GS _____ RH _____ VOL _____
TERMINO:		

Fraxedil	amp	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT	Soro Glicosado 500ml _____ fr
Inoval	amp	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Soro Fisiológico 500ml _____ fr
Quelcincin	amp		Água Bidestilada 10ml _____ amp
Fentanil	amp		Xilocaina _____ % _____
valium	amp	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Butterfly n° _____ und
Trionembutal	amp		Fluotane _____ amp
Atropina	amp		Prestigmine _____ amp
Adrenalina	amp		

Edmar

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Anestesista - CRM: \_\_\_\_\_

Nome	Fábio M. de Souza		Clinica	Prontuário
Idade	Sexo	Cor	Procedência	
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematórito	Glicemia
	Urina			Uréia

Líquidos	o2		<b>INCLUSÃO</b> Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> laring-espasmo <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> outros: _____										
	260	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
<b>DESPERTAR</b>													
<b>Reflexos na SO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Obstr. 02 Excit. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> outros: _____ com cânula <input type="checkbox"/> para o leito, sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONDIÇÕES</b> <i>Boas</i>													
<b>Símbolos e Anotações</b> <b>Posição</b> <b>Agentes</b> <i>Procaine 130 / Procaine 100</i> <b>Cápulas</b> <b>Técnica</b> <i>BSA 270 L-lá-te-te posso 1/4 intramus.</i> <b>Operação</b> <i>Ressecção</i> <b>Cirurgiões</b> <i>Filipe</i> <b>Anestesistas</b> <i>Edmar G</i> <b>Observações</b> <b>Perda Sanguínea</b>													

<b>OXIGÉNIO</b>		<b>PACIENTE TRANSFUNDIDO</b>	
INÍCIO:	TERMINO:	10 JAN 2018	10 JAN 2018
Fraxedit	amp	GENTE SEGURADORA S.A.	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
Inoval	amp	Rua Góes de Resende, 405 Lote C	DPVAT
Quelicin	amp	Centro - Norte CEP: 64.002-470	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Fentanil	amp	Teresina - PI	
valium	amp		
Trionembutal	amp		
Atropina	amp		
Adrenalina	amp		
DATA: / / Anestesista - CRM			



30.03.2018 IDADE: 50 SEXO: M TECNICO: Hora: 01:15  
FRANCISCO LEO W DE SOUSA ID: PS 1021 DATNASC: 01.06.1968  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Log C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

FLORIANÓPOLIS - SC  
DATA DE EMISSÃO: 29/01/16

INSTITUTO FEDERATIVO DE EDUCAÇÃO - IFSC

FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

PRINCIPAL

MARIA SÔNIA MASCARENHAS

ANTÔNIO DE PADUA DE SOUSA OLIVEIRA

NATURAL DE

BARRAS - PI

OPC. CIVIL/IMM

CERT. NASC. 38516 L 036 F 101

EXP BARRAS - PI 29/11/13

081.519.993-73

DATA DE NASCIMENTO  
09/06/1998

LEI N° 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

ASSEGURADO SINISTRO: IFSC - IFSC

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

CARTA DE IDENTIDADE (CARTA DE IDENTIDADE)

0744988  
0744988

REGISTRO DE IDENTIDADE (REGISTRO DE IDENTIDADE)

0744988  
0744988



POLEGAR DIREITO



REPUOLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - DELEGACIA MARTINS

REPUOLICA FEDERATIVA DO BRASIL



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190025439      **Cidade:** Barras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA      **Data do acidente:** 29/09/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO; LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DO PÉ; OSTEOSÍNTESE - FIO DE KIRSCHNER DO 4º DEDO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ.  
DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DO PÉ.  
sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190025439      **Cidade:** Barras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA      **Data do acidente:** 29/09/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO; LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA DO PÉ; OSTEOSÍNTESE - FIO DE KIRSCHNER DO 4º DEDO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ.  
DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DO PÉ.

sequelas: PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>