
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

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, 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.



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: 081.519.993-73 Nome completo da vítima: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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

Nome completo: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa CPF: 081.519.993-73
Profissão: autônomo Endereço: Rua Coronel Correia Número: 586 Complemento: _____
Bairro: Xique-Xique Cidade: Barra Estado: PI CEP: 64.100-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99982.3093

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 ☐ CONTA: 32048 ☐
(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 DPVAT

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no conteúdo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORAS S.A.
Rua do Comércio, 465 Loja C
Centro, Natal - RN
CEP: 54.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: _____ 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.

Assinatura
Local e Data:
Nome:
CPF:

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

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa
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-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

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ZONA RURAL DE BARRAS- ANGELIM, Nº:

Complemento

Data/Hora

29/09/2018 - 20:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. OUTROS

Ano: Placa:

2010 NIN4756

Chassi:

9C6KE1400A0003042

Renavam:

219630592

Cor:

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 COMPARECEU A ESTA GERENCIA 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
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



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: 081.519.993-73 Nome completo da vítima: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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

Nome completo: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa CPF: 081.519.993-73
Profissão: autônomo Endereço: Rua Coronel Correia Número: 586 Complemento: _____
Bairro: Xique-Xique Cidade: Barras Estado: PI CEP: 64.100-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99982.3093

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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 32048
(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 DPVAT

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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme 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: 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: Barras - PI 10/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

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

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

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Bairro: XIQUE XIQUE

Civil:

CEP: 64100-0

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Cidade: BARRAS/PI

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Responsavel: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

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:

Diagnostico provavel:

Medicação:



ACIDENTE DE MOTO. TRAUMA EM MEE (FRATURA 4º DEDÃO)
 EXPOSICAO RANHA
 Hospital / 4 cm - x
 Essencial.
 Analgesia + fracionamento à ordem

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

(1) Limpeza + curativo

(2) Envolvimento à ordem

(3) Analg/100mg - 1AMP + 100mg/500,9%, EV

(4) B. comovim - 1AMP + 100, EV

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 convites com a Eletrobras, informe este MÊS

SEU CÓDIGO

2169756-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro III - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-40 | INSC. ESTADUAL: 19.301.383-5
Nossa Força / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Resolução ANEEL nº 466/2005 e atualizada pela 1272/2009

NP da Nota Fiscal 012139177

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	17/10/2018	78	76,1

MARIA DAS GRACAS FERREIRA LIMA
R. CORONEL CORREIA 586 430 XIQUE-XIQUE
CPF: 00013846833304
CPF: 64.100-000 - BARRAS

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3524	Atual:	09/10/2018
Anterior:	3446	Anterior:	10/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/11/2018
Consumo Médio:	78	Errores:	08/10/2018
Consumo Futuro:	78	Apresentação:	09/10/2018

Fecha de Examinación	Calificación	Nombre del Examinado
----------------------	--------------	----------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Solidez	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês/12 ano

RESIDENCIAL	MONO	A15-2442		1.1.1.1	
-------------	------	----------	--	---------	--

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	78 A R\$ 0,834032 = 65,00
SET/18 88	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,00
AGO/18 106	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 0,83
JUL/18 88	MULTA POR ATRASO 08/18-00 1,70
JUN/18 95	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 1,30
MAI/18 108	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,89
ABR/18 88	
MAR/18 101	
FEV/18 91	
JAN/18 99	
DEZ/17 78	

TARIFA SEN TRIBUTOS:
24 78 - 2.64250

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

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

MENSAGENS IMPORTANTES / PRAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$

09/2016	84,51
---------	-------

IGUE REIN 056-0100 E 1135 DÍGITO VENCIMENTO 11/5-24-25-00-71

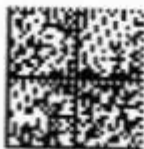
TOU 0000 006 0000 E FACA 0000 VENCIMENTO 115 30 25 00

RESERVADO AO PISCO 47EB, F3C8, CABF, 292A, 9BFC, 5990, 504B, 4064

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	47,13	Base de Cálculo:	65,05
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	14,31
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	0,64
Tributos:	17,92	Valor do COFINS:	2,97

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		PIC		DIC	DIC



CTCE FORTALEZA CE PL7
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



721621057311245000004749630271218

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	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
86 99405 4326	de 20/11/2018 a 19/12/2018	05/01/2019	R\$ 47,09
Valor pago na última conta: R\$ 45,97			
Veja aqui o que está sendo cobrado			
Individuais			
Assinatura Controle		R\$	65,68
Juros e Multa		R\$	1,12
Descontos		R\$	-19,71
Total do Mês		R\$	47,09
Total a Pagar		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 FORTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) são repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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 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 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 maria do Carmo Procodonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.519.993 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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: Rua Henrique Duas
Bairro: Unielha Cidade: Teresina
E-mail: _____

Número: 730 Complemento: _____
Estado: PI CEP: 64-019-330
Tel. (DDD): 86199982-3093

Local e Data: Teresina - PI 09.01.19

maria do Carmo Procodonio da Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Mascarenhas,
RG nº 1.960.914, data de expedição 09/04/98,
Órgão SSPIPI, portador do CPF nº 879.641.983-00, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Localidade Inga, nº SIN,
complemento Rural, 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 Igo Mascarenhas de Sousa, cujo o condutor era
Francisco Igo Mascarenhas de Sousa
Veículo: Moto
Modelo: Yamaha IT115 CRYPTON ED
Ano: 2010
Placa: NIN-4750
Chassi: 9C6KE1400A0003042
Data do Acidente: 29/09/2013
Local e Data: Barras - PE 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

Data: 29/09/2018

Funcionário: RABELO

Registro: 15938

Hora: 21:01:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 6

SUS

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

Civil:

CEP: 64100-0

FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

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

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Bairro: XIQUE XIQUE

Cidade: BARRAS/PI

Cor: SEM Telefone: () -

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Responsável: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

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:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

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

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1- Limpeza + curativo

2- Encomendo à ortopedia

3- 100mg/100mg - 1AMP + 100mg/500mg, EV

4- 100mg/100mg - 1AMP + 100mg, EV

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

Dr. João Roberto S. Alves

Atendimento:	1015343
Data:	30/09/2019
Hora:	2:14

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

Nº AIT
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, Nº 0 - CEP: 64100000 Bairro:

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

Pai: Mãe: MARIA SONIA MASCARENHA

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Fratura do 5º PTE + fratura 3º e 4º PTE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

*fratura por queda de Mob e/
fratura do Francisco do 5º PTE, fratura da mão
do 4º PTE + fratura 3º e 4º PTE*

Diagnóstico Provável

Fratura do 5º PTE + fratura 3º e 4º PTE

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427

PROFISSIONAL



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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 - Nº DO PRONTUÁRIO
82770

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2201200

15 - UF
PI

16 - CEP
64100000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura por queda de altura, da articulação do
5º PTE + fratura exposta do 4º PTE + fratura
do 3º PTE

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O grande trauma

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

fratura + CF + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura 4º PTE

21 - CID PRINCIPAL

S925

22 - CID SECUNDÁRIO

Y343

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

urgência múltipla

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415010012

26 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

VEREADOR
CRP - PI 8427

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () 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

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MAURO RUBENS LIMA VERDE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

20928319334

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº 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

Para:

PRÉDIO: ORTOPEDIRA

SENHA - 7 208092907390

Nome da pessoa encaminhada:

FRANCISCO IGOR MARCARENHAS DE SOUSA

Registro:

Motivo do encaminhamento:

TRAUMA EM MIE (MOB) - FRATURA HUMERO - 42150

HOSPITAL SEM RADIO-X.

FRATURAS - ALAVELA - 52000

LIMPEZA + ANESTESIA + ANÁLISE

Observações:

ENCAMINHADO A ORTOPEDIRA P/ AVALIAÇÃO E RADIO-X

Dr. Auro P. Costa Junior
MÉDICO

(CRM-PI 6507/CRIMINA 9189)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

Data

29/01/19

Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser encaminhado ao Hospital Regional de Saúde Unidade Mista e Hospital Regional de Saúde - Piauí

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 IDADE: 20 Anos SUS
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETTO-CM0703 ADMISSÃO: 30/09/2018 DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/10/2018 - 07:32:59

DIETA LIVRE ANOS EFEITO ANESTÉSICO

SCRO FISIOLÓGICO 0,9% SODIUM CLORIDE	1,00 AMP	ENDOVENOSA (IV)	12/12H		
CEFALOTINA 1G INJ	1,00	FRAMP ENDOVENOSA (EV)	06/06H		
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	3,00 AMP	ENDOVENOSA (IV)	1X DIA		
METRONIDAZOL 500G/100ML INJETAVEL - BOLSA	1,00 BOLS	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		
DIPIRONA 1G AMP	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	06/06H		
TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETAVEL	1,00	FRAMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H		
TIAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - INJASIL	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H		

SSV + CCGG

02/10/18
inf
ARF

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

Dr. Guilherme C. M. M. Soares
MÉDICO
CRM-PI: 5588

PROFISSIONAL

Salvo por J20X8mmd

3G SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



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

Nome: *Francisco Igo Mascarenhas de Sousa*
CPF: 64.002-470
Teresina-Pi

ENFERMARIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
		<i>Dr. Felipe</i>	<i>Dr. Eduardo</i>
CIRURGIA			
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA	
<i>09:35</i>	<i>09:45</i>	<i>raque</i>	

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	MICROPORÉ			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			PROSTIGIMINE		
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			METILPREDINOLONA		
SERINGA 5 ML	X	01	MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	X	01	VICRYL N° 0					
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2			AMPLICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFAZOLINA	X	02
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRAXONA		
CATETER JELCO N° 18	X	01	VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			SOROS		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP N° 23			SOLUÇÕES			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ÁLCOOL 70%	X	20ml	GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ÁLCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TÓPICO	X	30ml	MANITOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE	X	30ml			
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ÁLCOOL IODADO			PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO MACROGOTAS	X	01	ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			DOMOTIDOLSSAL		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE SUÇÃO N°						FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE TÓRAX N°			ANESTÉSICOS			PROPOFOL		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAÍNA SPRAY			ENFLURANO		
ELETRODOS			XYLOCAÍNA 2% S/V			ISOFURANO		
LÂMINA N° 11			NEOCAÍNA PESADA			SEVOFURANO 100MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAÍNA 0,5% S/V	X	01	SEFURANO 250MG		
LÂMINA N° 24	X	01	NEOCAÍNA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1g		
LUA ESTÉRIL 6,5	X	02	BUPIVAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUA ESTÉRIL 7,0						NARCAN		
LUA ESTÉRIL 7,5			MEDICAMENTOS					
LUA ESTÉRIL 8,0	X	02	ADRENALINA			TAXA EQUIPAMENTO		
LUA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			SISTURI ELÉTRICO		
LUA DE PROCEDIMENTO (PAR)	X	05	ATROPINA			ASPIRADOR		
SONDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA			AR COMPRIMIDO (H)		
TUBO OROTRAQUEAL			BUSCORAN			MICROSCÓPIO		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			CEDILANIDE			RX EM SALA		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 100MG			MONITOR CARDÍACO		
SONDA GÁSTRICA N°			HIDROCORTISONA 500MG			OXÍMETRO DE PULSO		
CERA ÓSSEA			KOL			CARRO DE ANESTESIA		
SURGICEL			NACI 10%			OXIGÊNIO (H)		
TELA DE PROLENE			NACI 20%					
ATADURA DE CREPOM N°	X	02	DEXAMETASONA	X	01	OUTROS		
COMPRESSA	X	03	DIPRONA			<i>multimidia</i>		01
COMPRESSA DE GAZES	X	03	DOBUTAMINA					
ALGODÃO ORTOPÉDICO			EFORTIL					

DATA	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE
	<i>rayston</i>	<i>Jonilda e Bracinha</i>



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA:

30/9/18

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Francisco Gp Marcondes de Souza

DIAGNÓSTICO:

Fratura do 5º PP

CID: 5983

CIRURGIA:

Redução de fratura do 5º PP

PROCEDIMENTO:

0408060042

CIRURGIÃO:

Dr. Felipe

AUXILIAR:

Dr. Nelson

ANESTESISTA:

Dr. Eduardo

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Anestesia em PPV sob oxigênio

Antes e Anti-Septi

LHC

Redução de fratura do 5º PP

Sutura

Urato

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 11447



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 30/9 ENFERMARIA/LEITO: CLÍNICA:

NOME: Francisco Jo Marques de Sousa

DIAGNÓSTICO: Ferimento do pé CID: T010

CIRURGIA: LMC PROCEDIMENTO: 0413040778

CIRURGIÃO: Dr Felipe AUXILIAR: Dr Winston

ANESTESISTA: Dr Eduardo INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Ferimento em MM I do pé direito anterior
Anest. + Anti - Mup
Amputação do dedo anelar
LMC
Fusão
Sutura
Curato

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 465 Lda C
Centro - Nte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

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:

Franisco 1º marechal de Souza

CID:

5925

DIAGNÓSTICO:

Fratura do 4º PDE

CIRURGIA:

Osteossintese frax 4º PDE

PROCEDIMENTO:

0408050970

CIRURGIÃO:

Dr. Felipe

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Exame em MM 4º PDE aberto

Anest. e anti-rupe

Aplicação do aço liado

LMC

Fixação 1º PDE

Ligamento

Sutura

Curativo

DEPARTAMENTO 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

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@ssude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME: Fº Igo Maciel de Jesus

01/01/2018

- Tomar 01x ao dia 7 dias

02/01/2018

- Tomar 01x ao dia 10 dias

03/01/2018

Retornar dia 15/10/18 7.00
de Curitiba

Data: 02.10.18

Médico (assinatura e carimbo:)

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

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

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

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Igo Moniz de Sousa

Ata por os dados - fim que o
paciente necessita de triala (30) dia
de tratamento.

CD: 5920



Dr. Gutenberg C. M. M. Soares
MÉDICO
CRM-PI: 5399

15 - 10 - 18

Data:

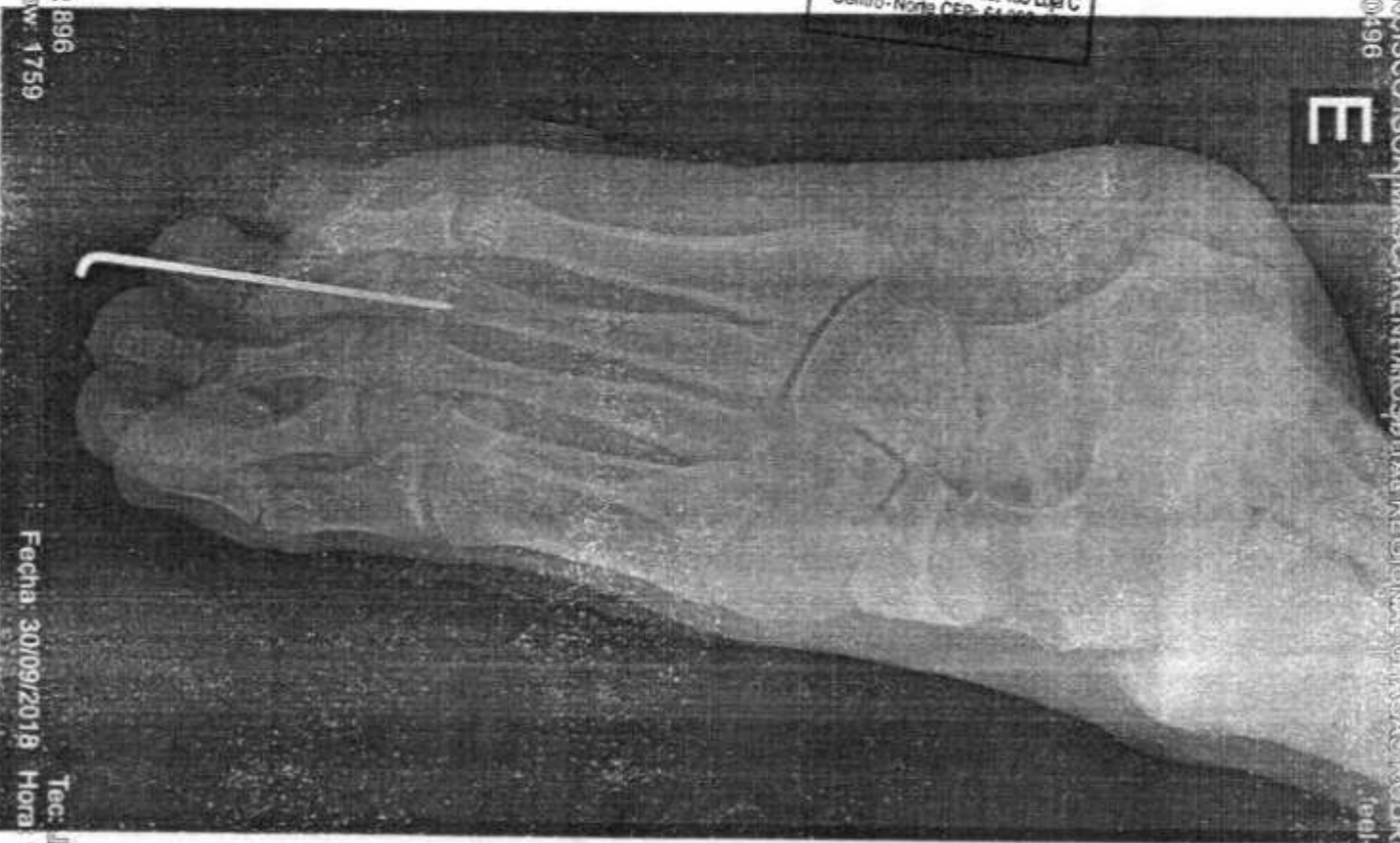
PA

E

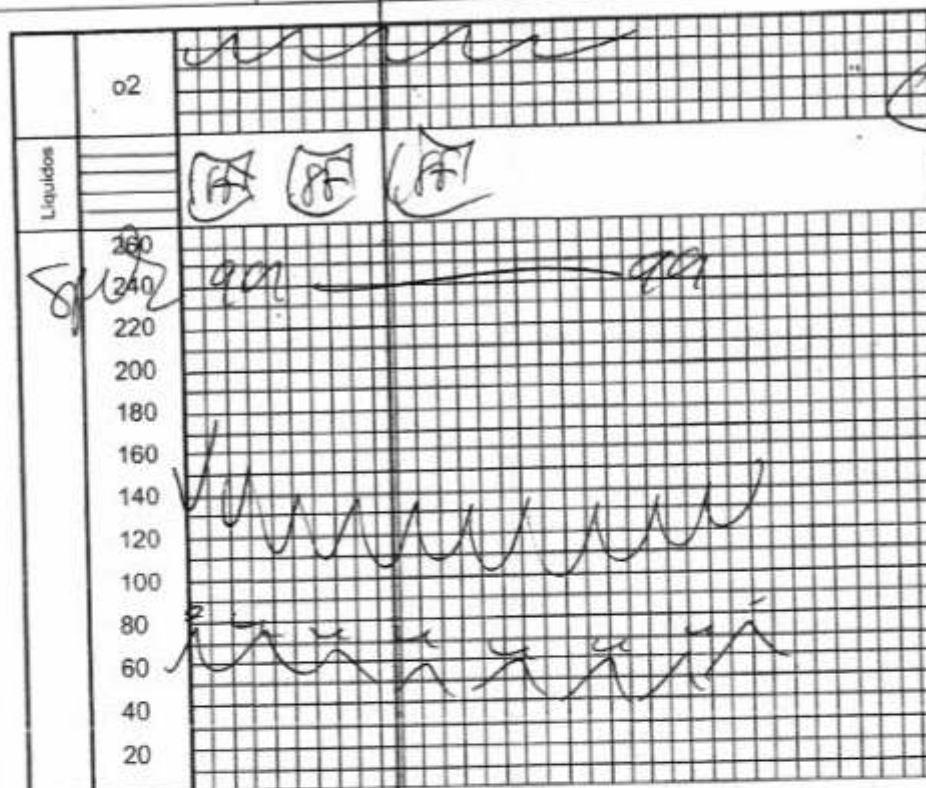
PA

E

DESEMPENHO SINISTRO
UPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nona CEP: 64.000-000



Nome <u>Fco Ego M. de Souza</u>		Clínica		Prontuário	
Idade	Sexo	Cor		Procedência	
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Fuso
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
	Outros				
Urina					



INCLUSÃO

Satisf. Excit. Tosse laring-espasmo lente

náuseas vômitos

outros: _____

MANUTENÇÃO

Anest. Satisf. sim não

não. por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO P

Obstr. 02 Excit.

náuseas vômitos

outros: _____

com cânula

para o leito, sim não

CONDIÇÕES

Bom

Símbolos e Anotações	
Posição	
Agentes	<u>Propofol 130mg / Propofol 130mg</u>
Técnica	<u>SA 03-27-013-14</u>
Operação	<u>Ostomectomia</u>
Cirurgiões	<u>Filipe</u>
Anestesistas	<u>Edson G</u>
Observações	

Perda Sanguínea

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

Leiziane

Fraxedil _____ amp

Inoval _____ amp

Quelicin _____ amp

Fentanil _____ amp

valium _____ amp

Trionembutal _____ amp

Atropina _____ amp

Adrenalina _____ amp

DATA: ____/____/____ Anestesista - CRM _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro-Norte CEP: 54.002-470

Teresina-PI

Soro Glicosado 500ml _____ fr

Soro Fisiológico 500ml _____ fr

Água Bidestilada 10ml _____ amp

Xilocaina _____ %

Butterfly n° _____ und

Flutane _____ amp

Prestigmine _____ amp

Edson

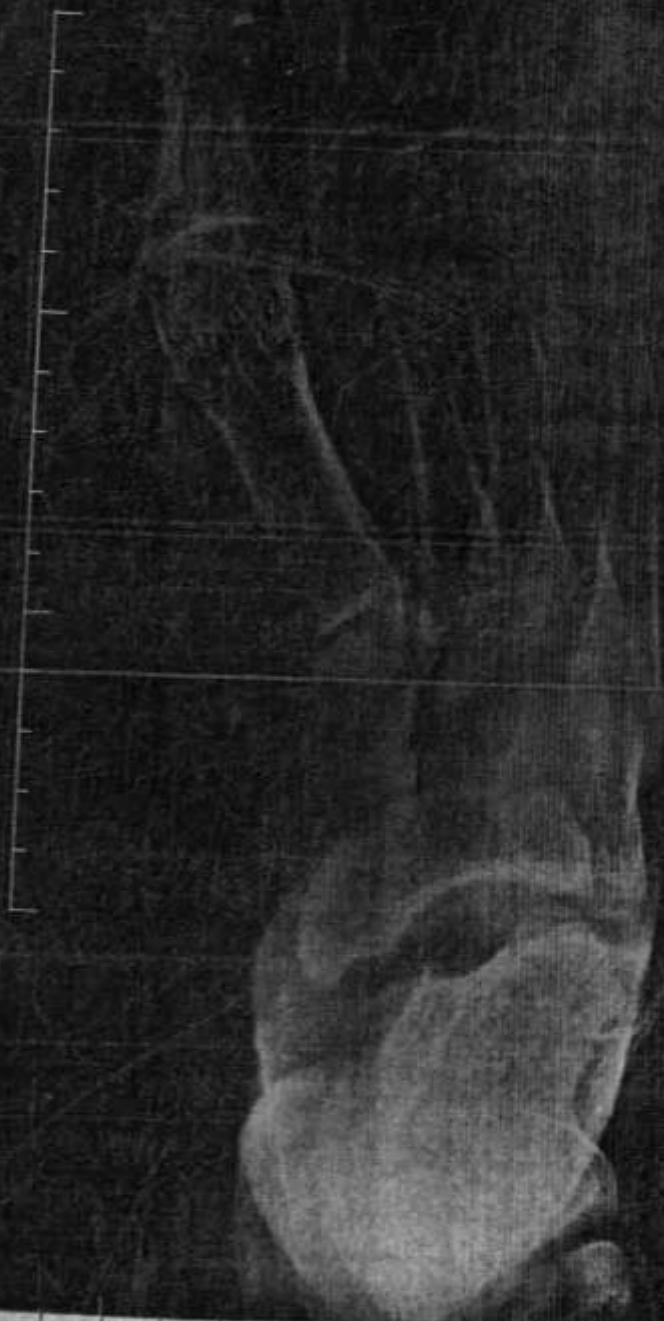
Nome <u>Fco Ego M. de Souza</u>		Clínica		Prontuário		
Idade	Sexo	Cor		Procedência		
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Fuso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina					

Líquidos	o2			INCLUSÃO Satisf <u> </u> Excit <u> </u> Tosse <u> </u> laring-espasmo <u> </u> lente <u> </u> náuseas <u> </u> vômitos <u> </u> outros: <u> </u>
Simbolos e Anotações	280			MANUTENÇÃO Anest. Satisf <u> </u> sim <u> </u> não <u> </u> não. por que? <u> </u>
	240			
Posição	220			DESPERTAR Reflexos na SO <u> </u> <u> </u> Obstr. <u> </u> 02 <u> </u> Excit <u> </u> náuseas <u> </u> vômitos <u> </u> outros: <u> </u> com cânula <u> </u> para o leito, sim <u> </u> não <u> </u>
	200			
Agentes	180			CONDICÕES <u>Boas</u>
	160			
Técnica	140			Cânulas
	120			
Operação	100			Perda Sanguinea
	80			
Cirurgiões	60			
	40			
Anestesistas	20			
Observações				

OXIGÊNIO		PACIENTE TRANSFUNDIDO	
INÍCIO:		RH	
TERMINO:			
Fraxedil	amp	Soro Glicosado	500ml
Inoval	amp	Soro Fisiológico	500ml
Quelicin	amp	Água Bidestilada	10ml
Fentanil	amp	Xilocaina	
valium	amp	Buterfly n°	
Trionembotal	amp	Fluotane	amp
Atropina	amp	Prestigmine	amp
Adrenalina	amp		
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Anestesista - CRM <u> </u>		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
VOL DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JAN 2019



30.09.2018 IDADE: 20 SEXO: M TECNICO: Hora: 01:49:15
FRANCISCO IGO M DE SOUSA ID: PS 1021 DAT.NASC: 01.06.1998
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



POLEGAR DIREITO



Francisco Igo Mascarenhas de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0744894

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.345.419

DATA DE EMISSÃO 29/01/16

FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

MARIA SÔNIA MASCARENHAS

ANTÔNIO DE PÁDUA DE SOUSA OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO 09/06/1998

CERT. NASC. 38516 L 036 F 101

EXP BARRAS-PI 29/11/13

081.519.993-73

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR)
1457994 SSP-PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
18/09/1971

FILIAÇÃO
LUIZ PROCEDONIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADEZ
15/12/2022

PRIMEIRA EMISSÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Titular: *Maria do Carmo*
Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017

70615801046
PI320021300

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

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

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; OSTEOSSÍNTESE - 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.
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
Total			15 %	R\$ 2.025,00

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 MECÂNICA 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.
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
Total			15 %	R\$ 2.025,00