

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francenildo Ferreira Muniz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.692.812 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/05

NOME FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

FILIAÇÃO MARIA DE SOUSA FERREIRA
FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ

NATURALIDADE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 24/02/1986

DOC ORIGEM CERT. NASC. 5881 L A-9 P 98

CPF EXP NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI 10/03/86

Francenildo Ferreira Muniz

Procurador Geral do Estado

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

022.741.153-62

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

24/02/1986



REGISTRO GERAL 36.100.495-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/DEZ/98

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNDELTON DAUNY

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

IVU TRAJANO DE OLIVEIRA

IDA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

VALENÇA DO PIAUI -PI 17/SET/1972

DATA DE NASCIMENTO

VALENÇA DO PIAUI/PI

CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição
411758243-72

Data do Nascimento
17/09/72



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604872307
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00815764898		2019
NOME			
MARIA DA CRUZ DA CONCEICAO SANTO			
S			

CPF / CNPJ			
40200185888		PLACA	
		ILM-6871	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
ILM-6871		9C2HA07104R001367	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA / NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/C100 BIZ ES		2003	2004
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0097CC	PARTICU	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
		1ª ISENTO	
FADCA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª IPVA	
		3ª	

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 21/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NOVO ORIENTE DO PIAUI

21/05/2019

JOAO ROBERTO DO REGO LORANO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013604872307 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	DATA EMISSÃO	
2019	21/05/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	40200185888	ILM-6871
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00815764898	HONDA/C100 BIZ ES	
ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI
2003	09	9C2HA07104R001367
PRÊMIO TARIFÁRIO		
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	084,58 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	084,58 (R\$)
PAGAMENTO		
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	20/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

APR 1 2019

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190660699**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM PIRES, SN - CENTRO - Novo Oriente do Piauí - PI - CEP 64530-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **2692812**

Data e local do acidente: [**30/05/2019**] **Valença do Piauí**

Data e local do exame: [**03/12/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de clavícula direita

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418530/19

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CPF: 022.741.153-62

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ : 022.741.153-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190347465 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia coxa. Perda de força de extensão da perna. ADM joelho esq: 30 - 80°.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos Seguido de fisioterapia. Está de alta do tratamento

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder em 28/05/2019): 12,5% (joelho esquerdo). O "PI" ora estabelecido (6,25%) é complementar. SINISTRO ANTERIOR (OP em 12/05/2017): 12,5% (tnz esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660699 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita.

Descrição do exame Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660699 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Francenildo Ferreira Muniz

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Recusou

RG: 2.692.812

Org. emissor SSP/PI

D. Expedição 11/05/2005

CPF: 022.741.153-62

Endereço: Rua Joaquim Pires

S/N

Bairro: Centro

Cidade: Novo Oriente

Estado: Pi

CEP: 64530-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Recusou

RG: 36.100.495-3

Org. emissor SSP-SP

D. Expedição 10/12 /1998

CPF:411.758.243-72

Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins

Nº 187

Bairro: Vale Verde

Cidade : Valença

Estado: PI

CEP: 64330-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Francenildo Ferreira Muniz**

Local / data: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI 21/11/2019

Francenildo Ferreira Muniz

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3.465.1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE: VALENÇA DO PIAUI-PI, 21/11/2019.
Empl.:3,85 - RJ:0,77 - FPP:0,10 - Selo:0,26 Total:4,98 - Selo:ABU.20617
(F16064)

Ana Cláudia Mellao Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE



Ana Cláudia Mellao L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418530/19

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CPF: 022.741.153-62

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ : 022.741.153-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

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: 06/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000043951-3

Nr. da Autenticação E647E8E00E2B2C37

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000026105-3

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

022.741.153-62

4 - Nome completo da vítima:

Francenildo Ferreira Muniz

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

5 - Nome completo:

Francenildo Ferreira Muniz

6 - CPF:

022.741.153-62

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Rua Joaquim Pires

9 - Número:

91

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Novo Oriente

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64530-000

15 - E-mail:

jioivan6.ji@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(89)999260020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

3887

CONTA:

00026105

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.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Novo Oriente Do Piauí-PI, 21 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001184/2019-12

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 21/11/2019 - 15:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: 1 - 562312
DP DE VALENÇA DO PIAUÍ: D-562313
Tipo Local: VIA PÚBLICA
Município: VALENÇA DO PIAUÍ
Endereço: ESTRADA QUE LIGA VALENÇA-PI AO POVOADO FUMAL, Nº:
Complemento: Ana Cláudia Molê L. F. Chaves Barbosa
Data/Hora: 30/05/2019 - 18:30
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Ponto de Referência: PROPRIEDADE DO SR ADEMAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ
RG: 2692812 SSP PI
Mãe: MARIA DE SOUSA FERREIRA
Pai: FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ
Endereço: RUA JOAQUIM PIRES, Nº 98
Complemento: CENTRO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ
Telefone(s): 89-9928-0299

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 22/11/19
Em testº da verdade
Tatiana Pereira

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:
1 - HONDA C-100 BIZZ 2004 ILM6871 9C2HA07104R001367 00815764898 Preta
Condutor: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ
End: RUA JOAQUIM PIRES Número: Complemento:
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 30/05/2019, POR VOLTA DAS 18:30 H, DESLOCAVA-SE NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE MARIA DA CRUZ DA CONCEIÇÃO SANTOS, CPF 402.001.858-88, DO SEU LOCAL DE TRABALHO, NESTA CIDADE DE VALENÇA-PI, PARA A CIDADE DE NOVO ORIENTE-PI, ONDE MORA, POR UMA ESTRADA VICINAL; QUE, PASSANDO PELA PROPRIEDADE DO SR ADEMAR, COLIDIU EM UM BOI, O QUE OCASIONOU A SUA QUEDA; QUE, AO CAIR, SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA; QUE, AO SER ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, EM VALENÇA, CONFIRMOU, ATRAVÉS DE RAIOS X, A FRATURA DESCRITA ACIMA; QUE NA MESMA NOITE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JUSTINO LUZ, EM PICOS-PI, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA CONFORME LAUDO MÉDICO. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.
AGENTE DE POL

Francenildo Ferreira Muniz
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

022.741.153-62

4 - Nome completo da vítima:

Francenildo Ferreira Muniz

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

5 - Nome completo:

Francenildo Ferreira Muniz

6 - CPF:

022.741.153-62

7 - Profissão:

Recusou

8 - Endereço:

Rua Joaquim Pires

9 - Número:

91

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Novo Oriente

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64530-000

15 - E-mail:

jioivan6.ji@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(89)999260020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

3887

CONTA:

00026105

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.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (menor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Novo Oriente Do Piauí-PI, 21 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPNOPI
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI
Fone: TP:(89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: 201905300136802

HOSPITAL: Justino Luz - P101

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Françesclay Ferreira Muniz

CNS: 700 0024 0358 7308 DN: 24/02/86 IDADE: 33 ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua 07 de Setembro - 11418 - Centro

CIDADE DE ORIGEM: Novo Oriente

RESPONSÁVEL: Françesclay Ferreira Muniz TELEFONE: (89) 99982 4674

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando dor @ lombar de movimento em MSZ. Realizando Rx que evidenciou fratura em terço médio da lombar @.

DIAGNÓSTICO

Fratura de lombar @

EXAMES REALIZADOS

Rx

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia / Imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Necessidade de tratamento cirúrgico

DATA: 30/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Jailme Lopes
Médico
CRM 5007

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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000026105-3

Nr. da Autenticação 270286F01760F8F7

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888				
	MÊS/ANO : 11/2019 VENCIMENTO : 21/11/2019 MATRÍCULA : 28512278				
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ RUA JOAQUIM PIRES, NUM. S/N CENTRO NOVO ORIENTE DO PIAUÍ PI 64530-000 INSCRIÇÃO 068.091.0263.0110.00 ROTA 004.0004					
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A09B322768	12	REAL	82678886
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
30/09/2019	29/10/2019	29	100	112	11
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2019 13	09/2019 11	08/2019 13	07/2019 9	06/2019 8	05/2019 9
DESCRIÇÃO TARIFA DE AGUA MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001					VALORES (R\$) 43,07 1,90
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		Base de Cálculo: 44,97 IR: 2,16 COFINS: 1,35 CSLL: 0,45 PIS/PASEP: 0,29		TOTAL A PAGAR (R\$) 44,97	
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: 52,89 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR					

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
1735348-3	A18N078052	OUT/2018

Nome/Razão Social/Endereço		AG=
JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 6430000		67

Situação	Res.	Categorias de Uso	Inscrição
3/1	1	Com. Ind. Pub.	113 2 07 0573 0171-000
Período de Cobrança		Dias Contábeis	
10/09/2018		08/10/2018	
		28	

Histórico de Consumo		Forma de Faturamento	
		FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO	
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.
04/18	354	0	0
05/18	354	0	0
06/18	354	0	0
07/18	354	0	0
08/18	1	0	0
09/18	1	0	0
10/18	1	0	0
		Consumo Médio	Consumo Faturado
		0	10

DESCRIÇÃO DA FATURA		Valor (R\$)
Cód. Nome do Serviço		
AGUA		26,91
Multa IMPONTJALIDADE 001/001		0,61
JUROS DE MORA 001/001		0,63
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

VERIFICACAO	15/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	29,75
--------------------	-------------------	----------------------------	--------------

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT 2018-2018-001						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxig.	pH	Ferro	Cálculo
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Assente
Nº Mínimo de Amostras Legais						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostras que Atende Legislação						
Valor Médio	1.31	2.44	6.84	0.00	0.00	0.00

PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE.
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153 / 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 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 ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>joioivang.1@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PE 16 de Novembro de 2019
Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO

NOME:

Francinaldo Ferreira Muniz

Paciente vítima oculta de trânsito (STC) dia 30/05/2019, apresentando Traumatismo de ombro direito com fratura completa de clavícula direita, com lacunos osseos em $\frac{1}{3}$ distal de clavícula sendo submetido a Tratamento cirúrgico, alta do tratamento dia 29/08/19 realizado com material metálico de síntese fixando fratura no $\frac{1}{3}$ médio da diáfise da clavícula direita, com redução da capacidade funcional do membro superior direito de aproximadamente 40%, no momento do exame

Valença - PI 21/Novembro/19
Helder Amorim
CRM 2640

Hospital Regional Justino Luz CNPJ: 06.553.564/0102-81
Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: Rosa

P0647723

Data: 30 / 05 / 2019

Cartão SUS: 700 0024 0358 7308 Horário de Atendimento: 23 h 50 min

Nome do Paciente: Francenilda Seneira Muniç

Data de Nascimento: 24 / 02 / 1986 Profissão: _____

Naturalidade: Novo Oriente - PE Telefone: (89) 999335525

Mãe: Maria de Sousa Seneira

Filiação:

Pai: Francisco de Sousa Muniç

Endereço: Rua 7 de Setembro Nº 412

Bairro: Centro CEP: _____ Cidade: Novo Oriente

Religião: _____ Demanda: _____

CPF: _____ RG: 2.692.812 Data de Expedição: 11 / 05 / 2005

Estado Civil: Casada

Médico: _____

Motivo da Consulta: Do na clavícula (queda de moto)

Dados Clínicos:

às 23:56hs

pt interna de
acidente moto-
ciclístico, refre-
do em ombro
direito MSB.

unha alargada

P.A = 120x70

Dra. Beatriz dos Rodrigues
MEIRA
CRENPI 527.837

Prescrição:

Placa clavícula Lx 8 4 torn

@ Análise ortopédica

As 02:15 Comunicado via auxílio ortopédia.

Rx clavícula (D) AP

Hospital Regional Justino Luz
PERE COM ORIGINAL

Assinatura do Paciente ou responsável

Atendimento:	1060985
Data:	30/05/2019
Hora:	23:50

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

Nº AIH
RITA

BOLETIM DE ADMISSÃO

412751 - FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 24/02/1986 - Cor/Raça: 03-PARDA

33 A,4 M,10 D

Clínica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M

Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4144 - KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

CRF:

RG: 2 692 812

CNS:700002403587308

SIS Prenatal:

Endereço: SETE DE SETEMBRO, Nº 412 - CEP: 64530-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2206902- NOVO ORIENTE DO

Profissão:

Telefone: (89) 9993-35525

Pai: FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ

Mãe: MARIA DE SOUSA FERREIRA

Responsável: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - (89) 9993-35525 - O MESMO

Diagnostico inicial: 0408010150-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA - S420-FRAT DA CLAVICULA

Diagnostico Definitivo:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL

Data

[Assinatura]

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Regional Justino Luz

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Regional Justino Luz

2 - CNES

410096212

4 - CNES

410096212

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Franclimilson Ferreira Muniz

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

412751

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71000002410358713108

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/02/1986

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Pardo

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria de Sousa Ferreira

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

819 91931551215

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Sousa Ferreira

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 07 de Setembro 412 - Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Novo Oriente - PI

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2206902

18 - UF

PI

19 - CEP

64530000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relato paciente de ureto c1 fratura em
Lacrima (D)

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

17/11/2014

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

na am

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

Rx - Fract. Clavícula (D)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. Clavícula (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S 42.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408101101510

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11-10104183461831-71

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Kaio Aldeirando de Araújo Gomes

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/01/2014

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	FRANCINILDA PEREIRA NUNES	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO	41 27 51	CONVÊNIO	SUS	DATA	31.05.2019	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura cuneala ①

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	01/06/19	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	artroscopia cuneala	CIRURGIA REALIZADA	A. R. L. M.		
TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	☐ REINTERNAÇÃO			
☒ LIMPA	☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA	☐ CONTAMINADA	☐ INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM PDH EM ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) TACILHO EM TOPOGRAFIA CUNEALA ②
- 4) DIVISÃO POR PLANO APT A FRATURA 1/2 RUÍDO
- 5) PASSAGEM DO FIO KIRCHMAN 4/0 EM PLANO
- 6) SUTURA POR PLANO
- 7) CURATIVO ESTÉRIL

Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 9436 / CRM-PI 4144
TCEP 49675

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA: ☐ NÃO ☒ SIM ANATOMIA PATOLÓGICA: ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS: ASPAROMIN Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS: ☐ NÃO ☒ SIM SÍNTESE/TIPO: FK ☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO	
ANESTESISTA			
CIRURGIÃO	KAIRO LIMA	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	PLAVIDO PEREIRA	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA

Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 / 1610 CEP:64601-391 - Picos-PI
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE: <u>FRANCINILDO FERREIRA</u>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSISTENTE: <u>KAIKO LIMA</u>		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <u>CEFALOSINA 500mg 8/8h</u>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <u>24h</u>		
JUSTIFICATIVA: <u>PROFUSÃO</u>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:
		Hospital Regional Justino Luz
		CONFIRMAR COM O ORIGINAL
		Data: <u>17/02/2020</u>
		<u>[Assinatura]</u>
FUNÇÃO RENAL NORMAL? ☐ SIM ☐ NÃO FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? ☐ SIM ☐ NÃO REALIZOU CULTURA: ☐ SIM ☐ NÃO RESULTADO:		
ANTIBIOGRAMA SENSÍVEL A: RESISTENTE A:		

Kaiko Lima
Otorrinolaringologista
CRM-MA 9473 / CRM-PI 4144
TEP 14875

DATA: ____/____/____

MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____

DATA: ____/____/____

CCIH

DATA: ____/____/____

CCIH

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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Francenildo Fereira

D.N.: / / Sexo: M ☐ F ☐

Procedimento Cirúrgico:

Data Cirúrgia:

Prontuário:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL

Data:

Antes da indução anestésica

Antes da incisão cirúrgica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

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

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

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 e procedimentos disponíveis

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

☐ Não

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

☐ 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 cirúrgicos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas do caso cirúrgico?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

☐ O nome e o procedimento

☐ A contagem de materiais e instrumentos com pinças e agulhas

☐ O controle das anestesias e as necessidades das anestesias e da equipe de enfermagem

☐ Se há qualquer problema com os equipamentos a serem utilizados

Para o Cirurgião, o anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:

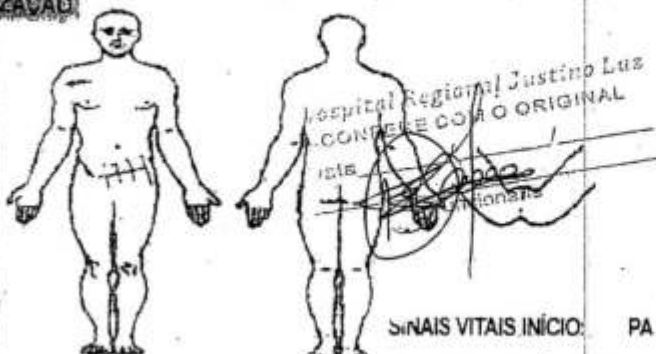
☐ Quais são as principais preocupações para o cirurgião e para a equipe de enfermagem?

assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOnome - Francenilda Ferreira Murtz

CIRCULANTE <u>Iranilda silva</u>	SALA Nº	
ENTRADA NA SO	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>16:10</u>	INÍCIO DA CIRURGIA: <u>16:10</u>
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>16:40</u>	TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>16:40</u>
CIRURGIA PROPOSTA:		
CIRURGIA REALIZADA: <u>osteossíntese de clavícula D.</u>		
CIRURGIÃO <u>Kcio</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>Eledaaldo</u>	INSTRUMENTADOR
ASSISTENTES: 1º	CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 110x70 SATO 98% FC 74
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100x80 SATO 99% FC 72

TIPO DE ANESTESIA

☒ BLOQUEIO - SEDAÇÃO	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL
☐ BLOQUEIO AXILAR	☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	☐ LOCAL
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	☐ BLOQUEIO PERIBULBAR	☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ GERAL COMBINADA (V+I)	☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
	☐ GERAL INALATÓRIA	☐ SEDAÇÃO + LOCAL
		☐ TÓPICA
☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	☐ COM CUFF	☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº
	☐ SEM CUFF	☐ OUTRAS

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL	☐ GINECOLÓGICA	☐ LATERAL ESQUERDO	☐ SENTADA	☐ TRENDLEMBURG
☐ VENTRAL	☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL DIREITO	☐ SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO	☐ PVPI DEGERMANTE	☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	☐ PVPI TÓPICO
ANTI-SEPSIA	☐ PVPI ALCOOLICO	☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	
REALIZADA POR	☐ EQUIPE MÉDICA	☐ EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL	☐ TRICOTOMIA	☐ PASSAGEM SNG	☒ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl		☐ FUNÇÃO VENOSA	☐ MSD
			☐ MSE ☐ OUTROS

☐ Sonda URETRAL Nº	☐ COLETOR	☐ UROSTOP	☐ AP BARBEAR _____ UND	☐ SNG Nº
☐ Sonda FOLEY Nº	☐ LANCETA _____ UND	☐ Sonda DE ASPIRAÇÃO Nº		☐ JELGO Nº

GARROTEAMENTO

TIPO	☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID	☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg	☐ NÃO SE APLICA
LOCALIZAÇÃO	☐ BRAÇO	☐ ANTEBRAÇO	☐ COXA
TEMPO	INÍCIO _____	TÉRMINO _____	☐ PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO	☐ SIM	LOCAL _____	Nº DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO	☐ RX	☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	☐ OUTROS _____	NÃO SE APLICA

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Francenildo, Ferreira Muniz				03/06/19		
PROCEDIMENTO osteossíntese de clavícula D				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO ☐		
SERINGA 5 ML/10 ML				BOMBA DE INFUSÃO ☐		
SERINGA 20 ML	04			ASPIRADOR ☐		
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE ☐		
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO ☐		
AGULHA 40X12				ULTRASSON ☐		
ALGODÃO				STIMUPLEX ☐		
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				16:10		
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO osteossíntese de clavícula D		
ESCOVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO Kciao		
ATADURA COM CREPOM				AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA Clodivaldo		
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA bloquia		
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIAMORF Fio nº 03	01			OCORRÊNCIAS s/c ocorrência		
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA C/V vidro	02					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE 20x30	04					
ESPARADRAPO 1m	10					
LÂMINA DE BISTURI nº 22	01					
LUVA ESTÉRIL	pares	04				
LUVA DE PROCEDIMENTO	pares	05				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	05					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						

MÉDICO: Kciao
ENFERMEIRA(O): Maria Pacheco
TÉC. ENFER.: Francenildo Silva

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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:						Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
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		
1660 1640						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS						
TEMPERATURA T	C°						
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						SEQUÊNCIA	
RESPIRAÇÃO O						1	
						2	
						3	
						4	
						5	
						6	
						7	
						8	
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
						14	
						15	
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>yBPB</i>						INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES <i>Dr. Kairon</i>							
ANESTESISTAS <i>Alfredo...</i>							
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:	

PACIENTE: Francenildo FerreiraDATA 31/07/2019 SETOR: SPA

LAUDO PROVISÓRIO BIOQUÍMICA

	CONCENTRAÇÃO	VALOR DE REFERENCIA
ALBUMINA		3,5 - 5,2 g/L
AMILASE		< 86 U/L
ACIDO URICO		HOMENS: 3,5- 7,2 mg/mL MULHERES: 2,6- 6,0 mg/mL
BIL DIRETA		NORMAL ATÉ 0,4
BIL TOTAL		NORMAL ATÉ 1,4
BIL INDIRETA		NORMAL ATÉ 1,0
CALCIO		8,6 - 10,3 mg/dL
COL. TOTAL		DESEJÁVEL < 200
COL. HDL		49,4 - 91,7 mg/dL
CREATININA	0,99	0,4 - 1,3 mg/dL
FOSFATASE ALCALINA		HOMENS < 270 U/L MULHERES < 240 U/L
GLICOSE		< 100 mg/dL
GGT		HOMENS < 55 U/L MULHERES < 38 U/L
LIPASE		< 60 U/L
MAGNESIO		1,6 - 2,6 mg/dL
PROTEINAS TOTAIS		6,3 - 8,3 g/L
TGO		HOMEM < 35 U/L MULHER < 31 U/L
TGP		HOMEM < 42 U/L MULHER < 32 U/L
TRIGLICERIDEOS		< 150 ng/dL
UREIA	45	13 - 45 mg/dL
TROPONINA QUALITATIVA		NEGATIVA
BIOQUÍMICO RESPONSÁVEL: <u>Luciana Hoffmann Costa</u>		

PACIENTE: Francineide Ferreira M.
DATA: 31/5/19 SETOR: SPA

LAUDO DE TAP PROVISÓRIO

TEMPO DO PACIENTE 33,6
INR 1,0
% -

Luciana Helena Costa
TÉCNICO COMO ORIGINAL


Luciana Helena Costa
Bioquímico Responsável

PACIENTE: Francinildo Ferreira

DATA: 31/05/2019 SETOR: SPA

LAUDO HEMOGRAMA

HEMÁCIAS 4,12 (4,5 A 5,9 milhões/mm³)

HEMOGLOBINA 13,0 (12,0 a 17,5 g/%)

HEMATÓCRITO 35,5 (40 A 52%)

VCM _____ (80 A 100 U³)

HCM _____ (26 A 34pg)

CHCM _____ (31 A 36%)

LEUCÓCITOS 8,600 (4.500 A 11.000/mm³)

BASTÃO -

EOSINÓFILO -

SEGMENTADO 81

LINFÓCITO 13

MONÓCITO 06

BASÓFILO -

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM ORIGINAL



PLAQUETAS: 190,000 (150.000 A 450.000 mm³)

OBS.: _____

Luciana Holanda

Bioquímico Responsável



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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSITENTE
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
31.05.19	1) Dato oral				
	2) Dipirona 6/64, 5v	5v	12	18	21
	3) Talatol 20 mg + AD 10, 12/124, 5v	3v			
	4) Fierul 100 mg + 100 mg SFQ, 9, 10, 8/8h 5v	5v			
	5) Hemógeno, 12, 10, 10, 10 e Coagulograma		AD	LAB	
	6) SSOL + CC66				

Dr. Renan Xavier
Osteodonta e Cirurgião Dentista
C.R.O. 12.011/2011

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

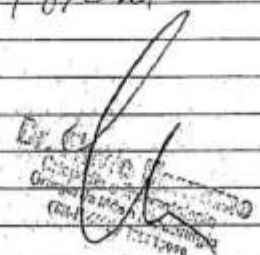
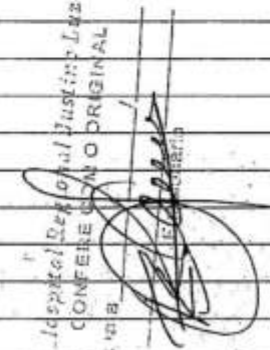
Data: 31/05/2019
Assinatura: [Assinatura]

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSITENTE
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
16/10	1. Diabete tipo 2 2. Scaap. Luperminizado 3. Dipirona 1g, 6x4h 4. Aclafid 100mg, 1x12h 5. Insulina 100U, 8x1g 6. Aclafid 100mg, 1x12h 7. CEFALOXINA 1g, 6x1g 8. RAN e CAVIEVES 9. AP1	→	12:12 24 06 12 24 SN SN 18:30 02:30 OK	As 17h, usuário submeteu-se a uma espirometria de função pulmonar. O exame foi realizado com o paciente em repouso, com o uso de máscara nasal e oxigênio. Os resultados foram satisfatórios, com volume expirado de 1,2L e capacidade vital de 2,5L. O paciente não apresentou sintomas de dispnéia ou tosse durante o exame. O exame foi realizado com o paciente em repouso, com o uso de máscara nasal e oxigênio. Os resultados foram satisfatórios, com volume expirado de 1,2L e capacidade vital de 2,5L. O paciente não apresentou sintomas de dispnéia ou tosse durante o exame.	
			18:00h VERIFICADO PA-110x80 mmHg P. 70 bpm. TE. 36,5°C. SPO2 98% 22:00h VERIFICADO PA-120x80 mmHg P. 78 bpm. TE. 36,5°C. SPO2 98%		

Dr. 
Obrigado a todos os profissionais que colaboraram para a realização deste trabalho.
Data: 16/10/2016
Assinatura: 

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL

NOME: <i>Francinildo F. Moura</i> HD: <i>Fx de úlcera</i>	ALAC	APTO <i>C20</i>	LEITO <i>90</i>	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 02/06/2019 1. DIETA ORAL LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DIPIRONA 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>② Claprima 15. EV, 8/8h</i> <i>Atta médica</i>				
 		<i>Assp. Regional Justino Elz</i> CONFERE O ORIGINAL 		

Nome: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ
Idade: 33a 4m 3d
Data: 28/06/2019
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Código: 60998

RX DA CLAVÍCULA DIREITA.

RELATÓRIO:

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura no terço médio da diáfise da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Srs : 1
Img : 1
Acq : 1

10 cm

OP : Guest
HREP

L. Trabalho

HD

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04

Dir.

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04



EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04