

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180509794**
Vitima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180509794

Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180509794** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala);

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

079.303.543 -00

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF titular da conta

079.303.543-00

Profissão

MECANICO

Endereço

RUA - JOÃO NUNES

Número

346

Complemento

-

Bairro

RODAGEM DE PILO

Cidade

OEIRAS

Estado

PIAUI

CEP

64.500.000

E-mail

Telefone (DDD)

99-99931-8109

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASIL

NRE

004

AGÊNCIA

NRE

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

0037

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PJ CORRETORA DE SEGUROS

06 SET 2018

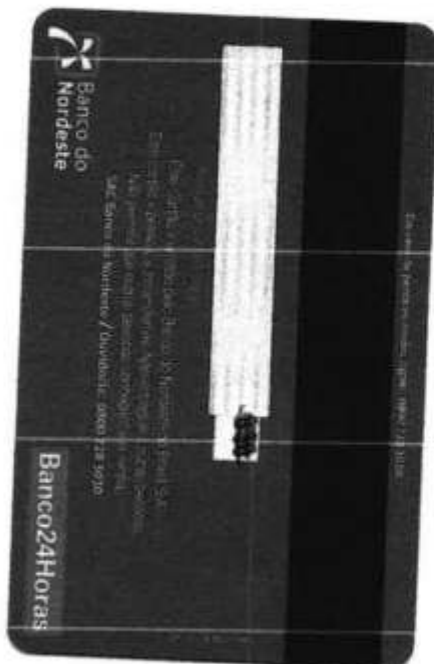
DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 079.303.543-00 Nome completo da vítima: LEONARDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LEONARDO FERREIRA DA SILVA CFP: 079.303.543-00
Profissão: MECÂNICO Número: 346 Complemento: ---
Endereço: RUA JOÃO NUNES Estado: PR CEP: 64500-000
Bairro: BOAGEM DE PIÇÁ Cidade: DEZAS Telemóvel: 89-99431-8109
E-mail: _____

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO 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 (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (nos bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0037 CONTA: 37644
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 o crédito, desde já e somente após a efetivação do crédito, ou ação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

**EX CORRETORA
DE SEGUROS**

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: DEZAS - PI
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO:
Leandro Leonardo Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGO, 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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180509794
Nome do(a) Examinado(a): Italo Leonardo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Joao Nunes, 346
Rodagem de Picos Oeiras PI CEP: 64500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4.183.133
Data local do acidente: [22/07/2018]
Data local do exame: [01/12/2018] Florianópolis [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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

Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER, JÁ RETIRADO, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 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):

4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2018 - 20:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO NUNES, Nº 346

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9431-8109

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

06 SET 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. Outros

Ano: Placa:

2017 PIO0269

Chassi:

9C2KC2210HR502410

Renavam:

1103477096

Cor:

Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o noticiante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fatídico acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popular levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde fora submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.

Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1084739
AGENTE DE POLÍCIA

Italo Leonardo Ferreira da Silva
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

João Milton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271223-7



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

2

Delegado de Polícia
R. Wilson A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat 271 223-7

Italo Leonardo Ferreira
da Silva



FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2018 - 20:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Mãe: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO NUNES, Nº 346

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9431-8109

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

06 SET 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	Outros	2017	PIO0269	9C2KC2210HR502410	1103477096	Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o notificante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fatídico acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popular levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde foi submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.

Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1084739
AGENTE DE POLÍCIA

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

RG Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.225-7



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

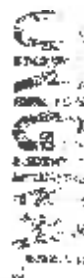


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

2

Delegado de Polícia
Dr. Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat 271 223-7

Italo Leonardo Ferreira
da Silva



FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

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: 079.303.543-00 Nome completo da vítima: LEONARDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LEONARDO FERREIRA DA SILVA CFP: 079.303.543-00
Profissão: MECÂNICO Número: 346 Complemento: -1-
Endereço: RUA JOÃO NUNES Estado: PR CEP: 64500-000
Cidade: DEZAS Telemóvel: 89-99431-8109
E-mail: _____

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO 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 (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (nos bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0037 CONTA: 37644
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 o crédito, desde já e somente após a efetivação do crédito, ou ação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

SE CORRETORA DE SEGUROS

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: DEZAS - PI
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO:
Leandro Leonardo Ferreira da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P040528

Registro: 24233

Data: 22/07/2018

Hora: 21:16:00

Funcionário: SILVEIRA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha

73

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183133 - CARTÃO DO SUS

Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64500-000

End.: RUA JOAO NUNES, 346 -

Bairro: RODAGEM DE

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM Telefone: () - Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 200583443510009

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O

Temp.: 0°C

Peso: CKg

P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

459659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MEDICA

CONDUTA MEDICA

Tramadol 100mg + 100mg PO, 5% com ou sem 30 minutos
Cuidados e curativos

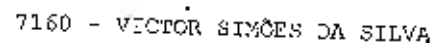
Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

PICO (URG) 20180722 060037

Milton Jr. Araújo Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Italo Leonardo Ferreira da Silva

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	J CORRETORA
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	DE SEGUROS
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	30 OUT 2013
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	DPVAT	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	As 21:30hs Realizo curativo em 3º e 4º quadrantes de abdômen com uso de SFO 96, realizando higienização de deixa exposta, gases, itracon e espalmando.	
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Da Unidade:	Para:
Nome da Pessoa Encaminhada:	Registro:
Motivo do Encaminhamento:	
Observações:	
Data:	Responsável pelo Encaminhamento:

[illegible]

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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000037644-4

Nr. da Autenticação CCC4D738F5FC9D91

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - SANEPI-1
Sugira a redução do consumo de energia elétrica para evitar custos

Nº da Nota Fiscal: 009229091

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANOEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO NUNES 346 RODAGEM DE PICOS
CPF: 000000000000000
CEP: 64.500-000 - Oeiras

ROT: 54.770.04.23.057100

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	8294	Atual: 02/08/2018
Anterior:	8083	Anterior: 03/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 04/09/2018
Consumo Medido:	211	Emissão: 01/08/2018
Consumo Faturado:	211	Apresentação: 02/08/2018

Estado de Faturamento:	NORMAL	Estado de Pagamento:	30
------------------------	--------	----------------------	----

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Potência	Código Tar	Unidade 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A16144-4		1.1.1.1	244

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
Mes/ano consumo		
JUL/18 174	CONSUMO 211 A R\$ 0,892699 =	188,35
JUN/18 180	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	16,57
MAI/18 195	CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00	2,32
ABR/18 233	MULTA POR ATRASO 06/18-00	2,82
MAR/18 237	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	2,11
FEV/18 262	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	10,54
JAN/18 262		
DEZ/17 290		
NOV/17 324		
OUT/17 265		

IMPRESSO POR: TRIBUTOS:
0 A 211 - 0,892699

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
07/2018	163,79	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica e corte de 17/08/2018. O recibo de pagamento não será expedido sem a inclusão do nome do consumidor na conta. Caso tenha efetuado o pagamento, favor, desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 7878.0FB2.39C9.11A7.A871.5E00.5CF8.4AB8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 36,39	Base de Cálculo: 188,35
Energia: 69,19	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 10,88	Valor do ICMS: 50,85
Extensões: 11,02	Valor de IPTU: 1,78
Tributação: 60,87	Valor do COFINS: 8,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE	Valor
6,03	12,06
24,12	3,61
7,23	14,45
3,54	0,00

Oeiras	06/2018	52,50
--------	---------	-------

ROT: 54.770.04.23.057100

83690000002 4 12170017000 8 00000000330 1 98600818008 5



PJ CORRETO
DE SEGUROS
06 SET 2018
DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-80 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal e Contas de Energia Elétrica - Série 6-1
Região de Atuação: 10 - Piauí

Nº da Nota Fiscal: 009229091

A Tarifa Social de Energia Elétrica - (TSEE) é criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANOEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO MACHES 346 RODAGEM DE PICOS
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.500-000 - OZEIRAS

ROT: 54.770.04.23.057100

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8294	Atual:	02/08/2018
Anterior:	8083	Anterior:	03/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	04/09/2018
Consumo Medido:	211	Emissão:	01/08/2018
Consumo Faturado:	211	Apresentação:	02/08/2018

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fec	Módulo 12 dígitos
RESIDENCIAL	MONO	A1614424		1.1.1.1	244

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/18 174	CONSUMO 211 A R\$ 0,892699 = 188,35
JUN/18 180	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,57
MAI/18 195	CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00 2,32
ABR/18 233	MULTA POR ATRASO 06/18-00 2,62
MAR/18 237	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00 2,11
FEV/18 262	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,54
JAN/18 262	
DEZ/17 290	
NOV/17 324	
OUT/17 265	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 211 - 0,68430

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
07/2018	163,79	Unidade consumidora sujeita a tarifa social de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/08/2018. O novo pagamento por esse período segue a inclusão do nome do consumidor na conta. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVAÇÃO AO FISCAL 7878.0F82.39C9.11A7.A871.5E00.5CF8.4AB8

COMPONENTES DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição 36,39	Base de Cálculo: 188,35
Energia 69,19	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão 10,88	Valor do ICMS: 50,85
Encargos 11,02	Valor do PIS: 1,78
Tributos 60,87	Valor do COFINS: 8,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
0,00			0,00			0,00	

OZEIRAS 06/2018 52,50

ROT: 54.770.04.23.057100



RJ CORPETO
DE SEGUROS
06 SET 2018
DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu RANYERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400.283/42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400.283/42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALENTE da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.303.543/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUSO 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		Número	Complemento
AV: Dom. EXPEDITO LOPES		241	— / —
Bairro	Cidade	Estado	CPF
JUREMINTAS	DEIRA	PIAUI	64.500.000
Fone	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
— / —	— / —		89-99408-3583

Deira, 27 de Agosto de 2018
Local e Data

Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante

**FJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 RANIERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ nº 046.400-283 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 046.400-283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALENTE da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o nº 079.303.543 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV: Dom. EXPEDITO LOPES</u>		Número <u>291</u>	Complemento <u>— (—)</u>
Bairro <u>JUREMINTA</u>	Cidade <u>DEI. RA</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64.500.000</u>
E-mail <u>— / — / —</u>		Telefone comercial (DDD) <u>— / —</u>	Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3583</u>

Dei. RA 27 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Raniera Martins Silva
Assinatura do Declarante

**FJ CORRETORA
DE SEGUROS**

06 SET 2018

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA,
 RG nº 2.260.985, data de expedição 07/05/18,
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 998.658.153-70, com
 domicílio na cidade de DEIRAS, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA - JOÃO NUNES ROMBERG DE ARAÚJO, nº 346,
 complemento — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Veículo: PIA-MOTOCICLO
 Modelo: HONDA - CG-160 - TITAN - EX
 Ano: 2016
 Placa: PIA-0269
 Chassi: 9C2KC2210HR502410
 Data do Acidente: 22-07-2018
 Local e Data: PI, ESTRADA QUE LIGA DEIRAS A SANTA
CRUZ DO PAU, NO MUNICÍPIO DE DEIRAS-PIAUÍ-22/07/18

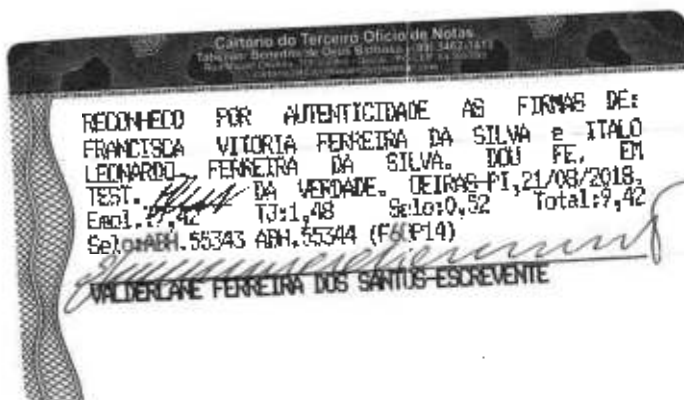
Francisca Vitoria Ferreira da Silva.
 Assinatura do Declarante

Italo Leonardo Ferreira da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



POR AUTENTICIDADE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA,
RG nº 2-260.905, data de expedição 07/05/18,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 998.658.153-20, com
domicílio na cidade de OCIRAS, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA - JOÃO NUNES ROMÃO DE ALBUQUERQUE, nº 346,
complemento — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Veículo: PIAUI - MOTOCICLO
Modelo: HONDA - CG-160 - TITAN - EX
Ano: 2016
Placa: PIAUI - 0269
Chassi: 9C2KC2210HR502410
Data do Acidente: 22-07-2018
Local e Data: PIAUI, ESTRADA QUE LIGA OCIRAS A SANTA
CRUZ DO PIAUI, NO MUNICÍPIO DE OCIRAS - PIAUI - 22/07/18

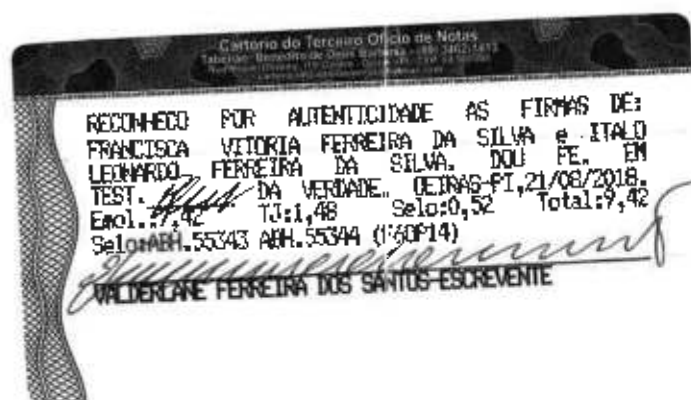
Francisca Vitória Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Italo Leonardo Ferreira da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PJ CORRETORES
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



POR AUTENTICIDADE



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P040528

Registro: 24233

Data: 22/07/2018

Hora: 21:16:00

Funcionário: SILVERIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 73

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.903.543-00 - RG: 4.183133 - CARTÃO DO SUS

Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64500-000

End.: RUA JOAO NUNES, 346 -

Bairro: RODAGEM DE

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 200583443510009

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O

Temp.: 0°C

Peso: 65Kg

P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORÊAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORÊAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONDUTA MÉDICA

Trauma 100mg 200ml PO, 5% em 30 minutos
Cuidado com a pele

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

PICOS (HGT) 20180722 060037

Fulano de Almeida Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Italo Leonardo Ferreira da Silva

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
As 21:30hs Realizando curativo em		
35 e 44 Quilômetros de base F. com		
2150 de SPO 96, Redução de peso		
deixa exposta, que italo e expulso		
N	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
O	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
I	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
T	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
E	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069
Data: 23/07/2018
Funcionário: REMÉDIOS

Registro: 374866
Hora: 00:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Nasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES

Profissão:

Civil:

CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183.133 - SUS: 200583443510009

End.: PROJETADA, 13 - CASA 06

Bairro: EXPOSIÇÃO

Cidade: PICOS/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-7212 Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA -

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____:____

☐ Internação

Fratura exposta em 3^{ra} e 4^a Quinodactilo
da mão esquerda

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Soluto RX de Mão Esquerda
AO ORTOPEDISTA

Paciente apresentando após estudo radiográfico fratura
exposta de 4^{os} met. (P).

at: internação hospitalar
ANALISE e Analise
Ortopédica

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:44:52

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: NDN

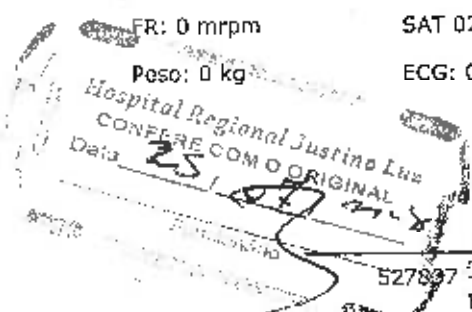
Conduta: AO CLÍNICO

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

Dir:

DPVAT



527897 BEATRIZ SANTOS RODRIGUES
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora: ____:____:____

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino: _____

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Paciente ou Responsável

6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
Médico Responsável

Atendimento	1052484
Data:	23/07/2018
Hora:	0:39

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

Nº AII
KLEBIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

374866 - ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 23/03/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,4 MESES

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:079.303.543-00 RG: 4.183.133 CNS:200583443510009 SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA, Nº 13 - CEP: 64600-000 Bairro: EXPOSIÇÃO

Cidade: 2208007- PICOS/PI Profissão: ESTUDANTE Telefone: (89) 9466-7212

PaI: CARLOS JOSE DA SILVA Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Responsavel: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - (89) 9411-4770 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 SET 2018

DPVAT

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA



Sistema
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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
4009622

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
374868

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
200583443510009

6 - DATA DE NASCIMENTO
23/03/1999

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

03

10 - NOME DA MÃE
FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9466-7212

12 - ENDEREÇO
PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PICOS

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2208007

15 - UF
PI

16 - CEP
64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Paciente vítima de acidente envolvendo carro fronteira de 400 m
(Exposto)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Admissão + Estudo radiográfico + Exame físico

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

Rx exposta das mãos

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exposta de 4º dedo B

21 - CID PRINCIPAL

S02.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Estudo dos 4ºs dedos

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01002037

26 - CATEGORIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Exame físico

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
037.953.883-09

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Gustavo Felix

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/07/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

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 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220800001

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

06 SET 2018

DPVAT

Assinatura paciente/Responsável



SECRETARIA DE SEGURANÇA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

06 SET 2018

DPVAT



NOME: Fraide Leonardo Ferreira da Silva	ALAC: 2.1	APTO:	LEITO: 97	R. MET.
ID: FR. ex parte em 4000 P	REMATÓRIO DE ENFERMAGEM			
OBSERVAÇÕES				
DATA: 24/07/2018				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. DIETA LIVRE				
2. JEICO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DILPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h SN				
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. COG+SSV				
8. Depetive 400 mg				
Cl - clindulol de 300mg				
40 - Sarcos V 100g				
Dr. Gustavo Félix				
Otorrinolaringologista				
CRM-PI 5111				

Italo Leonardo

621-97

NOME:		ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HD:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA:		HORARIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
1. DIETA					
2. JELCO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS					
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS					
5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160					
MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG					
6-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N					
7-TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N					
8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N					
9-CEFAIOTINA 1G + AD IV 6/6H					
10-FISIOTERAPIA MOTORA					
11-TERAPIA NA 5000U-SC 8/8H					
12-CCGG + SSVV					

Dr. Macê de Jesus

RX OK

Hospital Regional Jusino Luis
CONFERE COMO ORIGINAL
Data 25/07/18
Funcionário
Antônio Maria de Sousa Leal
ENFERMEIRO
COREN-PI 4450587

Paciente segue com evolução satisfatória, hemodinâmica estável, não necessita de medicação com prescrição de 100mg de tramadol 8/8h.



FEPISERH
Fundação Estadual Brasileira
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

PRONTUÁRIO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
DATA/ HORA/ CODIGO		QUANT.		RELATORIO DE INFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
23/07/2018	1) Dose		H6RARO	21-97	
	2) Dose 1000mg (10) 12h				
	3) Dose 1000mg (10) 12h				
	4) Dose 1000mg (10) 12h				
	5) Dose 1000mg (10) 12h				
	6) Dose 1000mg (10) 12h				
	7) Dose 1000mg (10) 12h				
	8) Dose 1000mg (10) 12h				
	9) Dose 1000mg (10) 12h				
	10) Dose 1000mg (10) 12h				
	11) Dose 1000mg (10) 12h				
	12) Dose 1000mg (10) 12h				
	13) Dose 1000mg (10) 12h				
	14) Dose 1000mg (10) 12h				
	15) Dose 1000mg (10) 12h				
	16) Dose 1000mg (10) 12h				
	17) Dose 1000mg (10) 12h				
	18) Dose 1000mg (10) 12h				
	19) Dose 1000mg (10) 12h				
	20) Dose 1000mg (10) 12h				
	21) Dose 1000mg (10) 12h				
	22) Dose 1000mg (10) 12h				
	23) Dose 1000mg (10) 12h				
	24) Dose 1000mg (10) 12h				
	25) Dose 1000mg (10) 12h				
	26) Dose 1000mg (10) 12h				
	27) Dose 1000mg (10) 12h				
	28) Dose 1000mg (10) 12h				
	29) Dose 1000mg (10) 12h				
	30) Dose 1000mg (10) 12h				
	31) Dose 1000mg (10) 12h				
	32) Dose 1000mg (10) 12h				
	33) Dose 1000mg (10) 12h				
	34) Dose 1000mg (10) 12h				
	35) Dose 1000mg (10) 12h				
	36) Dose 1000mg (10) 12h				
	37) Dose 1000mg (10) 12h				
	38) Dose 1000mg (10) 12h				
	39) Dose 1000mg (10) 12h				
	40) Dose 1000mg (10) 12h				
	41) Dose 1000mg (10) 12h				
	42) Dose 1000mg (10) 12h				
	43) Dose 1000mg (10) 12h				
	44) Dose 1000mg (10) 12h				
	45) Dose 1000mg (10) 12h				
	46) Dose 1000mg (10) 12h				
	47) Dose 1000mg (10) 12h				
	48) Dose 1000mg (10) 12h				
	49) Dose 1000mg (10) 12h				
	50) Dose 1000mg (10) 12h				
	51) Dose 1000mg (10) 12h				
	52) Dose 1000mg (10) 12h				
	53) Dose 1000mg (10) 12h				
	54) Dose 1000mg (10) 12h				
	55) Dose 1000mg (10) 12h				
	56) Dose 1000mg (10) 12h				
	57) Dose 1000mg (10) 12h				
	58) Dose 1000mg (10) 12h				
	59) Dose 1000mg (10) 12h				
	60) Dose 1000mg (10) 12h				
	61) Dose 1000mg (10) 12h				
	62) Dose 1000mg (10) 12h				
	63) Dose 1000mg (10) 12h				
	64) Dose 1000mg (10) 12h				
	65) Dose 1000mg (10) 12h				
	66) Dose 1000mg (10) 12h				
	67) Dose 1000mg (10) 12h				
	68) Dose 1000mg (10) 12h				
	69) Dose 1000mg (10) 12h				
	70) Dose 1000mg (10) 12h				
	71) Dose 1000mg (10) 12h				
	72) Dose 1000mg (10) 12h				
	73) Dose 1000mg (10) 12h				
	74) Dose 1000mg (10) 12h				
	75) Dose 1000mg (10) 12h				
	76) Dose 1000mg (10) 12h				
	77) Dose 1000mg (10) 12h				
	78) Dose 1000mg (10) 12h				
	79) Dose 1000mg (10) 12h				
	80) Dose 1000mg (10) 12h				
	81) Dose 1000mg (10) 12h				
	82) Dose 1000mg (10) 12h				
	83) Dose 1000mg (10) 12h				
	84) Dose 1000mg (10) 12h				
	85) Dose 1000mg (10) 12h				
	86) Dose 1000mg (10) 12h				
	87) Dose 1000mg (10) 12h				
	88) Dose 1000mg (10) 12h				
	89) Dose 1000mg (10) 12h				
	90) Dose 1000mg (10) 12h				
	91) Dose 1000mg (10) 12h				
	92) Dose 1000mg (10) 12h				
	93) Dose 1000mg (10) 12h				
	94) Dose 1000mg (10) 12h				
	95) Dose 1000mg (10) 12h				
	96) Dose 1000mg (10) 12h				
	97) Dose 1000mg (10) 12h				
	98) Dose 1000mg (10) 12h				
	99) Dose 1000mg (10) 12h				
	100) Dose 1000mg (10) 12h				

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

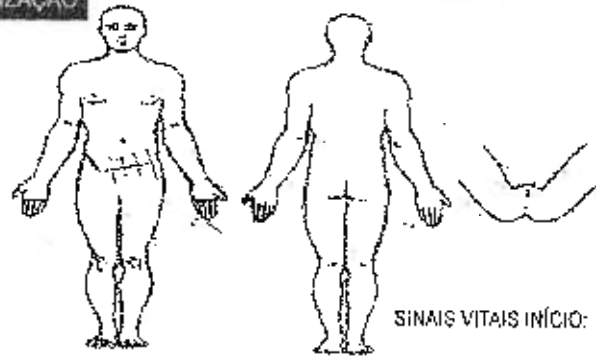
**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

PAZ: LEONARDO FERNANDO SILVA

23/7/18

CIRCULANTE Comunidade SALA Nº _____
 ENTRADA NA SO 07:05 INÍCIO DA ANESTESIA 07:10 INÍCIO DA CIRURGIA 07:15
 SAÍDA DA SO 4:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 4:30
 CIRURGIA PROPOSTA: Distúrbio de Coordenação Motora Bilateral
 CIRURGIA REALIZADA _____
 CIRURGIÃO Dr. Sérgio ANESTESIA/LOGISTA Dr. R. R. INSTRUMENTADOR _____
 ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS:
☒ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
☐ ELETRODOS
☒ INCISÃO CIRÚRGICA
☐ OXIMETRIA DE PULSO
☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO 98% FC 91
 SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO 95% FC 84

TIPO DE ANESTESIA

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
☐ BLOQUEIO AXILAR
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMULPLEX
☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
☐ BLOQUEIO PERIFERIAL
☐ GERAL COMBINADA (N+1)
☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL LOCAL
☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
☐ SEDAÇÃO - LOCAL
☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF
☐ MÁSCARA ORAL Nº _____ ☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATORIA

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

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO ☐ PVFI DEGERMANTE ☒ SOLUÇÃO CLORO-HEXIDINA
 ANTI-SEPSIA ☒ PVFI ALCOOLICO ☒ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
 REALIZADA POR ☒ EQUIPE MÉDICA ☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☐ PVP: TÓPICO

PROCEDIMENTO REALIZADOS

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

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ URDSTOP ☐ AP BARBEAR _____ UNID ☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA _____ UNID ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

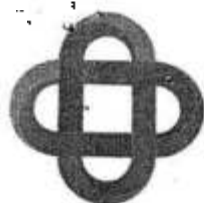
GARROTEAMENTO

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

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ N DE FRASCOS _____
☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA

Section 6

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA 23/7/18	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML / 10 ML						
SERINGA 20 ML						
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12				012		
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI				100/100	ML	200
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE				2		2
ATADURA COM CREPOM				02		02
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA				20	ml	20
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA				2	g	2
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON				20		2
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE				10	PCT	10
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI				15/24	1/2	3
LUVA ESTÉRIL					1m	1
LUVA DE PROCEDIMENTO				4	PAC	4
SORO FISIOLÓGICO 0,9%				05		05
SORO GLICOSADO 5%				01		01
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUDO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						

APARELHAGEM

ARCO CIRÚRGICO ☐

BOMBA DE INFUSÃO ☐

ASPIRADOR ☐

AUTOCLAVE ☐

INSTRUMENTAL CIRÚRGICO ☐

ULTRASSON ☐

STIMUPLEX ☐

USO DA SALA

INÍCIO 03:15

TÉRMINO 4:30

DURAÇÃO 1h15

OPERAÇÃO CISTOSTOMIA 4: PÉDO (G)

CIRURGIÃO B-STAVO

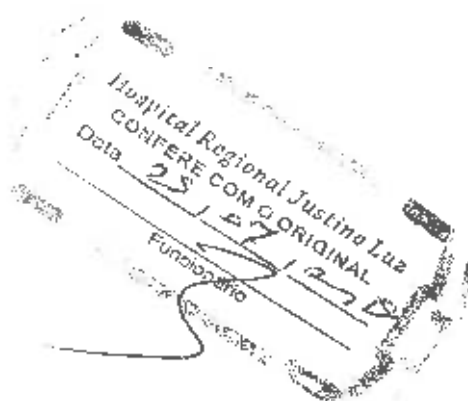
AUXILIAR

ANESTESISTA NAO

TIPO DE ANESTESIA local

INSTRUMENTADOR

OCCORRÊNCIAS

MÉDICO: JustinoENFERMEIRA (O): JustinoTÉC. ENFER.: Justino



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/07/18 HORA: / / Nº DO TELEFONE: / /

HOSPITAL SOLICITANTE: Oeiras MUNICIPIO: Oeiras

MÉDICO: Oeiras CRM: 7500

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Paulo Fernando Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Ferimento na tórax por acidente automobilístico com fratura exposta -
3ª e 4ª costelas esquerdas.
Solicit. avaliação / conduta ortopédica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
4- Confusa
3- Palavras inapropriadas
2- Palavras incompreensíveis
1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

T ax. °C P: 90 bpm R: mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio (X) Hidratação Venenosa (X) Medicação () Outros:

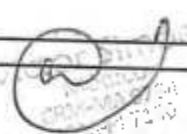
EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

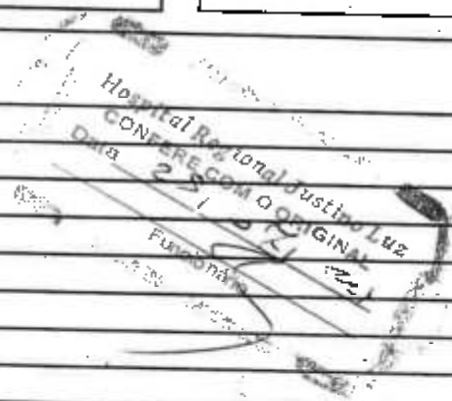
Hospital: HRGL (Picos)

Clinica / Posto: Trauma / Ortopedia Senha: 2018 0722 066037

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UPA Seixas</u>	Para: <u>UPA Cruzes</u>
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>Italo Leonardo Pereira da Silva</u>	Registro: _____
Motivo do Encaminhamento: <u>Remete paciente de vacante motorística com fratura</u> <u>exposta em 3º e 4º quadrantes expostos.</u> <u>Soluto avaliação / conduta ortopédica</u>	
Observações: <u>Amb: 20180722066037</u>	
<u>12/07/18</u> Data	 Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade: _____	Para: _____
Nome do Cliente: _____	Registro Original: _____
Diagnóstico e Orientações: 	
<u> </u> Data	<u> </u> Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.	



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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069
Data: 23/07/2018
Funcionário: REMEDIOS

Registro: 374866
Hora: 00:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183.133 - SUS: 200583443510009

Vasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES

Profissão:

Civil:

CEP: 64600-000

End.: PROJETADA, 13 - CASA 06

Bairro: EXPOSICAO

Cidade: PICOS/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9466-7212

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA -

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

3301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

3301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____:____

☐ Internação

Fratura exposta em 3^a e 4^a quinta dedo
da mão esquerda

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Soluto R+ de Mão Esquerda
AO ORTOPEDISTA

Paciente apresentando após estudo radiográfico fratura
exposta de 4^a mão P.

At: Internação com dor
Análise e Analgesia
Osteossíntese

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:44:52

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: NDN

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

Hora: _____

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Paciente ou Responsável

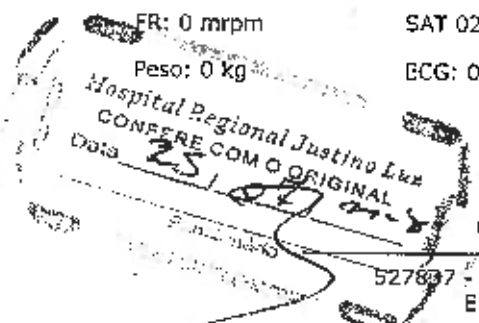
6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
Médico Responsável

PJ CORRETO
DE SEGUROS

06 SET 2018

Dor:

DPVAT





- RAIÓ-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA
- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Italo Leonardo Ferreira da Silva

Número: 1149

Data Exame: 15/10/2018

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

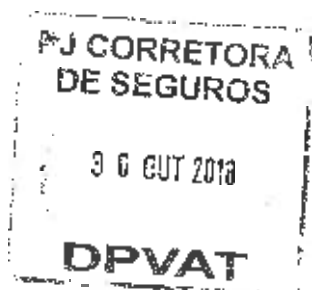
RELATÓRIO

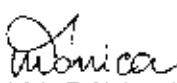
O estudo radiológico da mão, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo .
- Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo .
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo .
2. Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo .




Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Atendimento:	1052484
Data:	23/07/2018
Hora:	0:39

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

Nº AIH
KLEBIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

374866 - ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 23/03/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,4 MESES

Clinica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M

Leito: C21/97

Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:079.303.543-00

RG: 4.183.133

CNS:200583443510009

SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA, N° 13 - CEP: 64600-000

Bairro: EXPOSICAO

Cidade: 2208007- PICOS/PI

Profissão: ESTUDANTE

Telefone: (89) 9466-7212

PaI: CARLOS JOSÉ DA SILVA

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Responsavel: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - (89) 9411-4770 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA



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 JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

374866

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200563443510009

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/03/1999

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9466-7212

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

12 - ENDEREÇO

PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PICOS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Paciente vítima de acidente envolvendo carro fratura de 4º do max
(Exposto)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Avaliação + Estudo radiográfico + Exame físico

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

Rx exposta do max

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exposta do max

21 - CID PRINCIPAL

S02.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de 4º do max

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040802037

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia Maxilar

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

037.953.883-09

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Gustavo Felix

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/07/2018

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

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

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 - CBOB

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

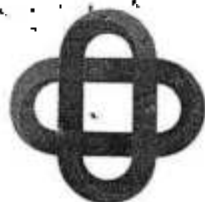
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

Assinatura paciente/Responsável



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Flávio Leonardo Ferreira Silva	SEXO	M	APT		LEITO	
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO		DATA		HORA	

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
Fratura exposta da 4ª metacarpiana

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA					
DATA	25/07/2013	INICIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	LIMC + Fixação Cirúrgica + Sutura	CIRURGIA REALIZADA			
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA:	☐ ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO				
☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA					

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO
(1) Lavagem com DDP sob pressão local
(2) Anestesia e antiseptia
(3) LIMC extensiva de foco fraturário + fixação de fratura e fio K 20
(4) Hemostasia e sutura
(5) Curativo estéril
(6) Encaminhado ao leito para observação

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	☐ NÃO ☒ SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO ☐ SIM
QUAIS?		Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO
MATERIAL ESPECIAL	☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO		☐ ÓRTESE/TIPO

MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		CREMES
CIRURGIÃO	Dr. Gustavo Félix	ASSINATURA
1ª CIRURGIÃO AUXILIAR	Dr. Flávio Hernandes	ASSINATURA
2ª CIRURGIÃO AUXILIAR		ASSINATURA

Dr. Gustavo Félix

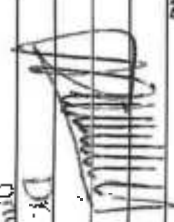


SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ
CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



NOME: <u>Francineide Fátima do Alho</u>	ALAC: <u>21</u>	APTO:	LEITO: <u>97</u>	R. MET.
HD: <u>Ex. esporte LER 4000</u>	HISTÓRICO DE MEDICINAÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: <u>24/07/2018</u>	HORÁRIO DE MEDICINAÇÃO			
1. DIETA LIVRE	OBSERVAÇÕES			
2. JEICO SALINIZADO	SIN			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS>160 OU PAD>110 MMHG	SIN			
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h SN	SIN			
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	SIN			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8 h S/N	SIN			
7. CCG+SSV	SIN			
8. Omeprazol 40mg	SIN			
9. Clonidina 0,2mg	SIN			
10. Sertralina 50mg	SIN			
 Dr. Gustavo Felix Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 5111				

Italo Almeida

621-97

NOME:	ALAC			APTO	LEITO	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
HD:	HISTÓRIA DE DOENÇA					
DATA:	DATA DE ADMISSÃO					
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
1. DIETA						
2. JELCO SALINIZADO						
3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS						
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS						
5. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG						
6. TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N						
7. TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N						
8. ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N						
9. CEFALOTINA 1G + AD IV 6/6H						
10. FISIOTERAPIA MOTORA						
11. TERAPIA 5000LH SC 8/8H						
12. CCGG + SSVV						
OBSERVAÇÕES						

José

R. Macê 3/48

RX OK

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 28/07/18
Funcionário
Enfermeiro
COBEN - PI 445058

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

[illegible]

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

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

ITALO LEONARDO FERREIRA SILVA

23/7/18

CIRCULANTE Comunicação SALA Nº _____

ENTRADA NA SO 02:05 INÍCIO DA ANESTESIA 03:10 INÍCIO DA CIRURGIA 03:15

SAÍDA DA SO 4:35 TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA 4:38

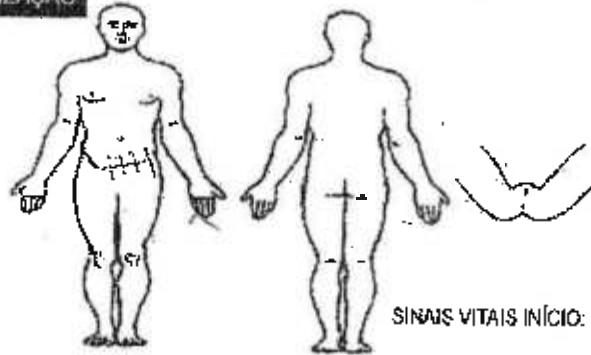
CIRURGIA PROPOSTA: Dist. intest. com Co. n.º 10354 HENRI

CIRURGIA REALIZADA: _____

CIRURGIÃO Exatavo ANESTESIOLOGISTA NAO INSTRUMENTADOR _____

ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO 98% FC 91

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO 99% FC 84

TIPO DE ANESTESIA

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO

☐ BLOQUEIO AXILAR

☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE FLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

☐ BLOQUEIO PERIBULBAR

☐ GERAL COMBINADA (V+I)

☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA

☒ LOCAL

☐ PERIDURAL

☐ SEDAÇÃO

☐ SEDAÇÃO + LOCAL

☐ TÓPICA

☐ GERAL

☐ COM CATETER

☐ SEM CATETER

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

☐ COM CUFFS

☐ MÁSCARA BÍNGEA Nº _____

☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATORIA

☐ DORSAL

☐ VENTRAL

☐ GINECOLÓGICA

☐ LITOTÔMICA

☐ LATERAL ESQUERDO

☐ LATERAL DIREITO

☐ SEMI-FOWLER

☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

DEGERMAÇÃO

ANTI-SEPSIA

REALIZADA POR

☐ PVPI DEGERMANTE

☒ PVPI ALCOOLICO

☒ EQUIPE MÉDICA

☒ SOLUÇÃO DE IODO HEXIDINA

☒ CLOREXIDINA ALCOOLICO

☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☐ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTO REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL

☐ TRICOTOMIA

☐ PASSAGEM SNG

☐ FUNÇÃO VENOSA

☐ MSD

☐ MSE

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OUTROS _____

☐ SONDA URETRAL Nº _____

☐ SONDA FOLEY Nº _____

☐ COLETOR

☐ UROSTOP

☐ AP BARBEAR

☐ UNID

☐ SNG Nº _____

☐ JELCO Nº _____

☐ LANCETA

☐ UNID

☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO

TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

☐ GARROTE PNEUMÁTICO

☐ COXA

☐ mmhg

☐ NÃO SE APLICA

☐ PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ LABORATÓRIO

☐ RX

☐ NÃO

☐ SIM

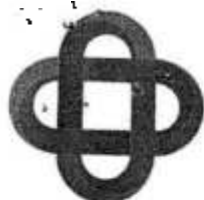
☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ OUTROS _____

LOCAL _____ N DE FRASCOS _____

NÃO SE APLICA

ON THE COVER

**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
				23/7/18		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML / 10 ML				BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOClave	☐	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐	
AGULHA 40X12	012			ULTRASSON	☐	
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA						
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE	2		2			
ATADURA COM CREPOM	02		02			
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAINA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROPOFOL	20	ml	20			
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA	2	g	2			
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-CUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	20		20			
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	10	PLT	10			
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI	15/24	1/2	3			
LUVA ESTÉRIL		1 par	3			
LUVA DE PROCEDIMENTO	4	1 par	4			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	05		05			
SORO GLICOSADO 5%	05		05			
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUDO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
03:15	4:30	1h15m

OPERAÇÃO: CISTOSTOMIA 4-PEPO (6)

CIRURGIÃO: GUSTAVO

AUXILIAR:

ANESTESISTA: NAB

TIPO DE ANESTESIA: LOCAL

INSTRUMENTADOR:

OCORRÊNCIAS:

CORRETOR DE SEGUROS

Hospital Regional Justino Luz
 CONFERE COM O ORIGINAL
 25/12/2018
 Função:

MÉDICO: Justino
 ENFERMEIRA (O): Justino
 TÊC. ENFER.: Justino



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OSEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 12/07/18 HORA: / / Nº DO TELEFONE: / /

HOSPITAL SOLICITANTE: HRA OSEIRAS MUNICIPIO: OSEIRAS

MÉDICO: GILBERTO SILVA CRM: 7100

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Paulo Leonardo Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Ferimento perfuro cortante motociclistico com futura espessão em 3º e 4º quadrantes superiores. Solicito avaliação/condução adequada.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS
T ax: °C F: 90 bpm R: mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio (X) Hidratação Venenosa
() Aspiração (X) Medicação Analgésica
() Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

MI CORRETOR DE SEGUROS

30 JUL 2018

Hospital Regional Justino Luz
CORRER COM ORIGINAL
Data 25/07/18
Funcionário

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HRL C PICOS

Clínica / Posto: Trauma / Ortopedia Senha: 2018 0722 066037

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

upa deiros

Para

HIGH CROSS

Nome da Pessoa Encaminhada:

Fabio Vitoriano Pereira da Silva

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Requerer revisão de acidente motorístico com fratura
exposta um 3º e 4º metacarpos expostos.
Solicito avaliação / conduta ortopédica

Observações:

Sinro: 20180722066037

22/07/18
Data

Responsável pelo Encaminhamento

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

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

PI CORRETORA
DE SEGUROS

10 OUT 2018

DPVAT

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 22/07/18
Funcionário

Data

Responsável pelo Encaminhamento

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 22.07.18

Paciente:

Moisés Alexandre Pereira da Silva

Leito:

DN:

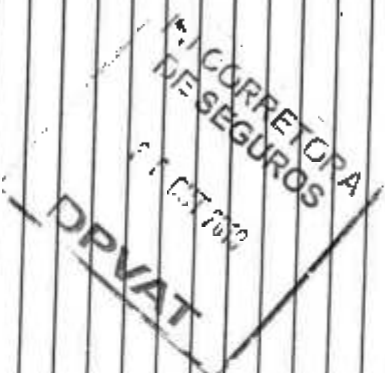
2410314999

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

23.08.18 - Paciente encaminhado para
unidade de tratamento para o H.R.D.C. em
Oeiras - PI. Acompanhamento no Hospital
Regional de HRDC com condutas de
fármacos e Nutrição. SEMA: 2018
PI 22066037. Paciente 23.08.18

Luiz Roberto Silva
Enfermeiro

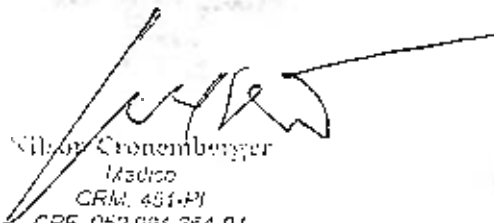


RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E QUEM POSSA INTERESSAR QUE O PACIENTE, **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/07/2018, APRESENTANDO FRATURA COMUNITIVA NA MÃO ESQUERDA, TRAUMA COM FERIMENTO PROFUNDO NO CALCANEIO E JOELHO E ESQUERDO, FEITO ANALGESSICO, ANTIFLAMATÓRIO, SUTURA, CIRURGIA PARA FIXAR PINOS NA MÃO ESQUERDA, EXAMES E FISIOTERAPIA, FOI EXAMINADA POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO (MÃO ESQUERDA) E 30% NO (M.I.E), SEQUELADO.

DATA DA ALTA, 08/11/2018.

OEIRAS, 08 DE NOVEMBRO DE 2018.



Nilson Cronemberger
Médico
CRM 451-PI
CPF 052.991.354-04

DR. NILSON CRONEMBERGER



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Italo Leonardo Ferreira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

0015350
0553100

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.183.133 DATA DE EXPIRAÇÃO 10/02/15

Nome ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

RELACÃO FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA
CARLOS JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE OEIRAS-PI

DOC. CIVIL CERT. NASC. 37493 L A38 F 270
EXP OEIRAS-PI 28/04/99

TERCEIRA-PI 079.303.543-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

24/03/1998

FJ CORRETO
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

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

PI

RANGIER MARTINS SILVA



DOC. IDENTIDADE/OUT. EMISSOR
3164096 SSP PI

CPF
045.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

PLACAO

JOSE DE RISSAMON

SANTOS SILVA

EDILEUZA MARINHO

MARTINS SILVA

PERMISSÃO

RENOVADA

ACC

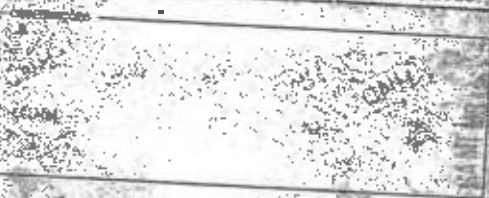
CAT. PRE

AB

Nº REGISTRO
05842045485

VALIDADE
02/01/2023

Nº HABILITAÇÃO
31/07/2013



Rangier Martins Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO
11/01/2019

DATA DE EMISSÃO
11/01/2019

Assinatura

31180954844

#13201085700

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2013

DPVAT

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170105057 Nº 013029004669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1103477096 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 99865815320 PLACA P10-0269

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KC2210HR502410

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1ª IPVA 2ª 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES R/DQM PICOS MOTOS P E SERVICOS

LOCAL DEIRAS DATA 2/10/2017

ARACIO MARTINS DE OLIVEIRA
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013029004669 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 2017 DATA EMISSÃO 2/10/2017
VIA 1 CPF / CNPJ 99865815320 PLACA P10-0269

RENAVAM 1103477096 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX
ANO FAB. 2016 CAT. TAXE 09 Nº CHASSI 9C2KC2210HR502410

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CURTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.808/0001-04

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509794 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 4.183.133 - SSP-PI
CPF: 079.303.543-00
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: RUA JOÃO NUNES - Nº 346 - BOA GEM DE PI
CEP: 64-500-000 - OETAJ - PIAUÍ
Telefone: (88) 99474 8409

OUTORGADO:

Nome: RIVYERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096 - SSP-PI
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. DR. EXPEDITO LOPES - 241 - JERONIMETA
CEP: 64500-000 - OETAJ - PIAUÍ
Telefone: (88) 99408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

3º Ofício

Oetas. PI - 21/08/2018

Local e data

ASSINATURA DO CORRETOR DE SEGUROS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Assinatura do OUTORGANTE

06 SET 2018

Assinatura por autenticidade/verdadeiro)

DPVAT

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA. DIA FE. EM TEST. DA VERDADE. OETAS-PI, 21/08/2018. Emol. 43,71 Tj: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo ABH 55342 (FACF14)

WALDECIANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE



R AUTENTICIDADE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

[Preencher com letras de forma legível e sem rasuras]

OUTORGANTE:

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 4.183.433 - SSP-PI
CPF: 079.303.543-00
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Rua João NUNES - N° 346 - Rodagem de Píng
CEP: 64-500-800 - Oeiras - PI
Telefone: (89) 99431 8109

OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096 - SSP-PI
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Av. Dom Expedito Lopes - 241 - JERONIMA
CEP: 64500-000 - Oeiras - PI
Telefone: (89) 99408-3583

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

3º Ofício

Oeiras - PI, 21/08/2018.

Local e data

PJ-CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Assinatura do OUTORGANTE

Assinatura por autenticidade/verdadeiro)

Cartório do Terceiro Ofício de Notas
Tabela de Remuneração de Despesa - 2018 (R\$ 1.000,00)

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO
LEONARDO FERREIRA DA SILVA. DOU FE. EM
TEST. DA VERDADE. Oeiras-PI, 21/08/2018.
Escr. 23,71 TJ=0,74 Selo:0,26 Total:4,71
Selo:ABH.55342 (F60P14)

WALTER LANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVÃO



2 AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396005/18

Número do Sinistro: 3180509794

Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ITALO LEONARDO
FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180509794**

Vítima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509794**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549506

