ProceComCiv 0800299-80.2019.8.18.0072
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

14512633 - CONTESTAÇÃO (2782272 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 04/02/2021 14:37:05

04 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 14512632 - CONTESTAÇÃO
  - 14512633 - CONTESTAÇÃO (2782272 CONTESTACAO 01)
  - 14512634 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 14512636 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
  - 14512637 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
  - 14512638 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

14:37

6 de 4

downloadBinario.seam 1 / 9 100%

2782272- C3/ 2021-00151/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO PEDRO DO PIAUI/PI

Processo n. 08002998020198180072

14:37
04/02/2021

Tribunal de Justiça do Piauí
PJe - Processo Judicial Eletrônico

04/02/2021

Número: **0800299-80.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Pedro do Piauí**
Última distribuição : **17/06/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA (AUTOR)	**FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14512634	04/02/2021 14:37	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180184894**
Vitima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184894.**

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.b**r 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

Pag. 00263/00264 - carta_01 - INVALIDEZ

00030132

Carta nº 12713873

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Sinistro: **3180184894**
Vítima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA 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 3180184894** 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

Pag. 01195/01196 - carta_02 - INVALIDEZ

00040598

Carta nº 12719195

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180184894**
Vitima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184894**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

Pag. 01379/01380 - carta_03 - INVALIDEZ
00050690
Carta nº 12799447

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12925494

A/C: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Nº Sinistro:	**3180184894**
Vitima:	**FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente:	**25/05/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Valor: **R$ 6.750,00**
Banco: **001**
Agência: **000002658-1**
Conta: **000010014569-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**6.750,00**
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%		
Graduação: Em grau completo 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%		
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R$	**6.750,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 entre 16 e 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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	265.885.283-53	Francisco de Sousa Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco de Sousa Rocha	265.885.283-53	Lavrador

Endereço	Número	Complemento
Localidade olho dagua	S/n	

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Zona Rural	São Pedro do Piauí	Piauí	64.430-000

Email	Telefone (DDD)
Recusou-se	(86)99981.6008

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] 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

[X] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [X] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
2658	1	14.569	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

ORIGINAL

São Pedro Pi, 10 de Abril de 2018
Local e Data

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Francisco de Sousa Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

12/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 17.48.54
078879784 0322

OUVIDORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: ADRIANA CARLA SOUSA SILVA

AGENCIA: 0788-9 CONTA: 15.810-0 VAR:51/01
INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51 [redacted]

VALOR TOTAL [redacted]
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
AGENCIA: 2658-1 CONTA: 14.569-6
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 222.658.510.014.569

NR. AUTENTICACAO 2.137.7BE.F0C.456.F6E

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
as informações.

ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (BO) Nº. 116/2015/OPM DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI

DADOS DO REGISTRO	
DATA DO REGISTRO	HORÁRIO DO REGISTRO
01/08/2015	10H00MIN

DADOS DA OCORRÊNCIA		
LOCAL DO FATO	DATA DO EVENTO	HORÁRIO
POVOADO BREJO EM SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI	25/05/2015	16h00min

NOTICIANTE

Nome	Sexo	Raça
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA	(X) M ( ) F	PARDA

Nascimento	Idade	Nacionalidade	Estado Civil	Profissão	Naturalidade	RG
10/10/1963	51	BRASILEIRO	CASADO	LAVRADOR	SÃO PEDRO - PI	706.339 SSP-PI

CPF	Filiação (pai)	Filiação (mãe)
265.885 283-53	JOSÉ ROCHA DA SILVA	LOURENÇA SOUSA

ENDEREÇO	CIDADE
POVOADO OLHA D'AGUA, ZONA RURAL	SÃO PEDRO DO PIAUÍ

VÍTIMA (Preenchimento Obrigatório)

Nome	Sexo	Raça
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA	(X) M ( ) F	PARDA

Nascimento	Idade	Nacionalidade	Estado Civil	Profissão	Naturalidade	RG
10/10/1963	51	BRASILEIRO	CASADO	LAVRADOR	SÃO PEDRO - PI	706.339 SSP-PI

CPF	Filiação (pai)	Filiação (mãe)
265.885.283-53	JOSÉ ROCHA DA SILVA	LOURENÇA SOUSA

ENDEREÇO	CIDADE
POVOADO OLHA D'AGUA, ZONA RURAL	SÃO PEDRO DO PIAUÍ

MEIO EMPREGADO (Preenchimento Obrigatório)

ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA)

ORIGINAL

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA (NARRATIVA DOS FATOS)

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO, COMPARECEU Á SEDE DESTA OPM, PARA INFORMAR QUE NA TARDE DO DIA 25/05/2015, CONDUZIA A MOTOCICLETA MARCA HONDA/CG 125 FAN, PLACA NHY-8720, CHASSI 9C2JC30708R081986, ANO DE FABRICAÇÃO 2007, ANO MODELO 2008, DE COR PRETA, EM NOME DE MANOEL DA CRUZ DE SOUZA, ÁS 16H00MIN PELA ESTRADA QUE LIGA POVOADO BREJO AO CENTRO DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, QUANDO DERREPENTE ATRAVESSOU UMA VACA NO MEIO DA PISTA; QUE O NOTICIANTE SE ASSUSTOU E AO DESVIAR DA VACA, A VITIMA CONDUTOR DA MOTOCICLETA CAIU NA PISTA DE ROLAMENTO; QUE A VITIMA CONDUTOR DA MOTOCICLETA FOI SOCORRIDA POR UM RAPAZ QUE IA PASSANDO NA HORA E O LEVOU PARA A RESIDENCIA DO NOTICIANTE; QUE O NOTICIANTE DEU ENTRADA NO AMBULATÓRIO DA SECRETARIA DE SÚDE DESTE MUNICIPIO DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO Nº 5872 DE 25 DE MAIO DE 2015 E POSTERIORMENTE, DEU ENTRADA NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA – FHT DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO MEDICO Nº 51714 DE 25 DE JUNHO DE 2015. É O REGISTRO

ASSINATURAS:

NOTICIANTE: Francisco de Sousa Rocha
VÍTIMA: Francisco de Sousa Rocha
DIGITADOR:
TESTEMUNHA:
TESTEMUNHA:
COMANDANTE DA OPM: Caio Rinelino Pereira Souza
RG: 10959791 PM - PI
CMT - São Pedro - PI

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
SVAT

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí
Rede de Notas, Registro e Judicial
AUTENTICAÇÃO
ABJ 63813

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Marília Maria Vieira da Silva
Escrevente Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente fotocópia confere com o original, no que me apresentou e dou fé.
São Pedro do Piauí - PI, 03 / 05 / 2018
Marília Maria Vieira da Silva
Escrevente Autorizada

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Francisco de Sousa Rocha	265.885.283-53	25.05.2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

[X] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

São Pedro Piauí de abril de 2018
Local e Data

Francisco de Sousa Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1001 V001, 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CÓDIGO DA CONSULTA: 03.01.04.000-8

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): Francisco de Sousa Rocha
Data de Nasc. 10/10/1965
Filiação: MÃE (sem abreviações) Lourença Sousa de Oliveira
PAI (sem abreviações)
Sexo: Masc (X) Feminino ( ) Raça/Cor: _____ Telefone ( ) _____ CEP. 64230-0
Endereço completo: Rua Olho D'água Nº.
Bairro: Zona rural Município: São Pedro IBGE MUN:
Nacionalidade: Brasileira Munic. de Nascimento: São Pedro UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI CNS- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO Nº.
( ) RG Nº _____ ORGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO:
( ) CPF: Nº: _____ CERTIDÃO TIPO: ( ) NASCIMENTO ( ) CASAMENTO
Nº. ORDEM _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____ DATA EMISSÃO: _____
NOME DO CARTORIO:
CARTEIRA DE TRABALHO Nº: _____ SÉRIE: _____ DATA EMISSÃO:

PJ CORRETOR DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Histórico Clínico: acidente automobilístico (moto)
fraturou o pé

Exames Físicos: abrasão grande no

Hipótese Diagnóstica: [illegible]

Tratamento Solicitado
fraturou o pé (O)

Dr. Caroline Rosa Barbosa
Dermatologia
CRM/PI 4301-PI
Oziel Carlos Clínica Médica CRM-PI 4301

São Pedro do Piauí (PI), 25/05/2015
Francisco de Sousa R
Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/05/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 6.750,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 02658-1
CONTA: 000010014569-8

Nr. da Autenticação 6DC32B4D1A4D86A2

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1022344-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marginal 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de informação autorizado pelo SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 003461293

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MARCO/2018	28/03/2018	30	7,93

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
LC OLHO DAGUA S/N B-RURAL
CPF: 00026588528353
CEP: 64.430-000 - POV. TODOS OS SANTOS ROT: 94.492.14.82.034000

DADOS DA LEITURA	kWh	
Atual:	4372	
Anterior:	4348	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	24	
Consumo Faturado:	30	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	21/03/2018
Anterior:	20/02/2018
Próxima Leitura:	20/04/2018
Emissão:	19/03/2018
Apresentação:	21/03/2018

Consumo MÉDIO: 29 | Dias: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código FNS	Média 12 meses
RESID BX RENDA MONO		430138		1,4,1,1	23

HISTÓRICO kWh	Mês/Ano Consumo
FEV/18	23
JAN/18	26
DEZ/17	18
NOV/17	32
OUT/17	34
SET/17	34
AGO/17	36
JUL/17	22
JUN/17	18
MAI/17	16

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,190120

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R$ 0,190517 =	5,98
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,42
DIFERENCA DE TARIFA		11,46
SUBVENCAO BAIXA RENDA		10,93-

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 19/03/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 339E.E32F.4FFE.0EE3.1086.64DB.CFEA.1820

COMPOSIÇÃO DA DÍVIDA - R$	
Distribuição:	4,76
Energia:	9,02
Transmissão:	1,42
Encargos:	1,43
Tributos:	0,81

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	
Alíquota ICMS:	
Valor do ICMS:	
Valor do PIS:	0,14
Valor do COFINS:	0,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00
01/2018 0,00

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

TIM BLACK

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

R$ 130,12

VENCIMENTO 25/03/2018

EMISSÃO: 07/03/2018
POSTAGEM: 13/03/2018
NÚMERO: 3338554349

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008

CTCE FORTALEZA CE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

7214049716 17389 00000005119 30 130313

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você! Descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens, entretenimento, online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear alguém amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/02 A 06/03

SERVIÇOS	VALOR
Oferta TIM Pós A Plus	R$ 109,99
SERVIÇOS EVENTUAIS	R$ 10,18
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R$ 5,90
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R$ -1,88
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R$ 5,93

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	28	07/02 a 06/03	109,99
5 GB de Internet	5GB	2,03GB	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	151m18s	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Music	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Banco Virtual	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
					Total de Mensalidades	**109,99**

MAIS DETALHES DE SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

TRIBUTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R$ 0,55
ICMS	30%	R$ 82,10	R$ 24,64	FUNTTEL:	R$ 0,27
PIS/COFINS - serviços Telecom	5,65%				
PIS/COFINS - serviços Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições da FUST (1%) e FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)		Adicionais ao(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R$ 75,29	SVA Total	R$ 10,18
SVA	R$ 34,70	SVA Conteúdo	R$ 9,18
Desconto(s) Franquia(s)	R$ 0,00	SVA Tráfego	R$ 1,00
Desconto(s) SVA	R$ 0,00		

SINISTRO 3180/184894

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERICIA MÉDICA

Eu, Francisco de Sousa Rocha

RG 706.339 / CPF 265.885.283-53

Residente e Rua localidade Olho d'Agua S/N Cidade de São Pedro do Piauí / Bairro: Zona Rural

UF Piauí CEP 64.430.000

Telefone para contato: 86)99402-2764 (86)99981-6008

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

Declaro que não compareci a pericia médica DPVAT, por motivos de saúde, as duas vezes que me ligaram eu estava com febre, mas agora estou disponivel para comparecer a pericia medica DPVAT.

Local: São Pedro do Piauí - Pi UF/ Pi DATA 16/05/2018

Francisco de Sousa Rocha

ASSINATURA

OBS:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
18 MAI 2018
DPVAT

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe-se sob número

1022344-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal [illegible] - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: [illegible] - Inscr. Estadual: [illegible]
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - Série [illegible]
Documento emitido de impressão autorizada pela SEFAZ [illegible]

Nº da Nota Fiscal 003461293

A Renta Social de Energia Elétrica - [illegible] criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Competência	Vencimento	Valor a Pagar
MARCO/2018	28/03/2018	30 7,93

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
LC OLHO DAGUA S/N B-RURAL
CPF: 00026588528353
CEP: 64.430-000 - POV. TODOS OS SANTOS ROT: 04.492.14.82.034000

Leitura		Datas de Leitura	
Atual	4372	Atual	21/03/2018
Anterior	4348	Anterior	20/02/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	20/04/2018
Consumo Medido	24	Emissão	19/03/2018
Consumo Faturado	30 FCAM	Apresentação	21/03/2018
	MINIMO		29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A800138		1.4.1.1	23

Histórico consumo	
FEV/18	23
JAN/18	26
DEZ/17	18
NOV/17	32
OUT/17	34
SET/17	34
AGO/17	36
JUL/17	22
JUN/17	18
MAI/17	16

TARIFA EM TRIBUTOS:
S A 30 - 0,199517

CONSUMO	30 A R$ 0,199517 =	5,98
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,42
DIFERENCA DE TARIFA		11,46
SUBVENCAO BAIXA RENDA		10,93-

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 19/03/2018, nao constatamos faturas vencidos nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 339E.E32F.4FFE.0EE3.1086.6408.CFEA.1820

Tributos		Base de Cálculo	
Distribuição:	4,76	Alíquota ICMS:	
Energia:	9,02	Valor do ICMS:	0,14
Transmissão:	1,42	Valor do PIS:	0,67
Encargos:	1,43	Valor da COFINS:	
Tributos:	0,81		

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 01/2018 0,00

DPVAT
18 MAI 2018
PJ CORRETO DE SEGUROS

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Sousa Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 265.885.283/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco de Sousa Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 265.885.283/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua Sete de Setembro		244	Centro
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Esperantina	Piauí	64.325.000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
carlodrumosousa@gmail.com	(86)99402.2764	(86)99981.6008	

Esperantina, 24 de Abril de 2018
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manoel da Cruz de Sousa,
RG nº 940 199, data de expedição 06/12/14,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185 055 033 68, com
domicílio na cidade de São Pedro do Piauí, no Estado de
Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pernambuco, nº 23,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Francisco de Sousa Rocha cujo o condutor era
Francisco de Sousa Rocha

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 FAN
Ano: 2007/2008
Placa: NHY-8720
Chassi: 9C2JC30705R081986
Data do Acidente: 25/05/2015
Local e Date: São Pedro do Piauí 06.04.2018

1º Ofício

X Manoel da Cruz de Sousa
Assinatura do Declarante

1º Ofício

X Francisco de Sousa Rocha

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

ORIGINAL

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Reconheço a (s) de Francisco de Sousa Rocha
supra mencionada
Em testemunho da JP/ioa da verdade
São Pedro do Piauí-PI 06/04/2018
JP/ioa
Tabelião 1º Ofício

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Fabiana
Esc
São P
Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABB-038367

Reconheço a (s) de Manoel da Cruz de Sousa
supra mencionada
Em testemunho da JP/ioa da verdade
São Pedro do Piauí-PI 06/04/2018
JP/ioa
Tabelião 1º Ofício

CARTÓ
Fabian
Esc
São P
Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABB-038368

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CÓDIGO DA CONSULTA: 03.01.08.009-6

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): Francisco de Sousa Rocha
Data de Nasc. 30/10/1965
Filiação: MÃE (sem abreviações) Laurença Sousa de Oliveira
PAI (sem abreviações)
Sexo: Masc (X) Feminino ( ) Raça/Cor: _____ Telefone ( ) _____ CEP. 64230-0
Endereço completo: Rua Olho D'Água Nº.
Bairro: Zona rural Município: São Pedro IBGE MUN:
Nacionalidade: Brasileira Munic. de Nascimento: São Pedro UF. Pi

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI CNS- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO Nº.
( ) RG Nº _____ ORGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO:
( ) CPF: Nº: _____ CERTIDÃO TIPO: ( ) NASCIMENTO ( ) CASAMENTO
Nº. ORDEM _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____ DATA EMISSÃO:
NOME DO CARTORIO:
CARTEIRA DE TRABALHO Nº _____ SÉRIE: _____ DATA EMISSÃO:

J CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Histórico Clínico: acidente automobilístico (moto)
Fraturou o pé

Exames Físicos: abrasão grande na

Hipótese Diagnóstica: [illegible]

Tratamento Solicitado
Fraturou o pé

Oziel Carlos
Dermatologia e Cirurgia Médica
CRM-PI 3674

Dr. Carolline Rocha Barbosa
CRM-PI 4801-PI

São Pedro do Piauí (PI), 25/05/2015
Francisco de Sousa R
Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nº DE REGISTRO 5872

SUS - 898 0084 1927 0021

FICHA AMBULATÓRIO

UNIDADE: U.S.F. Trevo
PACIENTE: Francisco de Sousa Lima
FILIAÇÃO PAI: José Lima da Silva
MÃE: Laurenia Sousa de Oliveira
ENDEREÇO: Sovaco Olho D'Água

SEXO	PESO	E. CIVIL	DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	PROFISSÃO	ÓBITO
Masc		Separado	20.10.63	São Pedro do Piauí	Lavrador	DATA: __/__/__ CAUSA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL: Queimadura 3º Grau na região lombar
H. D. A.: [illegible] ocasionado por descarga elétrica
Data: nesta data: 25/05/15

A. FISIOLÓGICOS:

A. GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS:

A. PATOLÓGICOS:

DOENÇAS EVITÁVEIS POR IMUNIZANTES:

A. FAMILIARES:

H. SÓCIO / ECONÔMICA:

EX. FÍSICO GERAL:

EX. FÍSICO ESPECIALIZADO:

H. DIAGNÓSTICO: Queimadura de 3º Grau.

H. DIAGNÓSTICO:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

FHT Fundação Hospitalar de Teresina

17 577 [illegible]/0009-94

SUS

HOSPITAL GERAL DO PROMORAR
URGÊNCIA
Av. Ulisses Guimarães, S/N-Promora
CEP: 64000-000
Teresina-PI

Prefeitura de Teresina

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco de Souza Nolho

Cart. Prof. Nº — Série: —

necessita de 15 (Quinze) dias de licença para tratamento de saúde a partir de 03/07/15

CID T25.3

Teresina, 03 de Julho de 2015

Dr. Jayronn Santos
Cirurgia Geral
CRM-PI 4505

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

urgência

FHT
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS

02/14
Orgão Emissor: M221100001

AIH : 2215101477779-8
UNI : PROMORAR

NASCIMENTO
10/10/1963

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

D.LIBERA: 25/05/2015 DT. LAUDO : 17/06/2015
PROCED. : 0415040027 DESDOBRAMENTO DE FRAGMENTO ROLANDIC/ANTE
GP.DIST: J. SANTOS
CID : E558

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

19

ID

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HO

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Av. Principal s/n CNPJ:00.622.917/0014-94

4. CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE: Francisco de Sousa Rocha

6. Nº PRONTUÁRIO: 51714

7. CARTÃO NACIONAL SUS: 898003419270041

8. DATA NASC: 10/10/63

9. SEXO: M/F: 1 F 3

DOCUMENTOS: RG [X] CPF [ ] Nº 7016339-PI

10. NOME DA MÃE: Florenca Sousa

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL: Edair José Alves Penha

11. ENDEREÇO: Povoado Alto D'agua

12.2 BAIRRO: Zona Rural

12.3 COMPLEMENTO: S/N

ENDEREÇO LOCAL

BAIRRO LOCAL

COMPLEMENTO LOCAL

11. TELEFONE DE CONTATO

13. MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

14. IBGE

15. UF: PI

16. CEP: 64430-0

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Ganho em tamanho de fígado, com ascite, hepatomegalia

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: Cirrose

21. CID 10 PRINCIPAL: K703

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Colecistectomia

25. COD. DO PROCEDIMENTO: 04150400

26. LEITO/CLÍNICA: CM

27. CARATER DA INTERNAÇÃO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. DT/SOLICITAÇÃO

30. CNS/CPF

31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

DR. CARLOS ... CRM 2... CIRURGIÃO DIGESTIVO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO

37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO

38. CNPJ EMPRESA

39. CNAE EMPRESA

40. CBOR

41. CID 10 PRINCIPAL

42. CID 10 SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DT. AUT. 25/04/15

48. CNS/CPF

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA

51. DT. AUT. / /

52. CNS/CPF

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE: [illegible]					Nº DE REGISTRO	
DATA: 24 06 - 95	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	

15:45 22:20

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	
LÍQUIDOS	SO - UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100
TEMPERATURA T	C°	260 240 220
P ARTERIAL V O PULSO	38	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		
RESPIRAÇÃO O		
SÍMBOLOS		

TOTAL DE DOSES

Dipirona 2g

SEQUÊNCIA

* Raquianestesia
Anestesia + analgesia
Punção lombar
Cl agente [illegible]
25,00 mcl de
[illegible] após
[illegible]
[illegible] 10 mg
+ morfina 20 mg

DURAÇÃO [illegible]

TÉCNICAS

OPERAÇÕES [illegible]

CIRURGIÕES [illegible]

ANESTESISTAS Dra. [illegible] Anestesiologista CRM/PI [illegible]

INCIDENTE - ACIDENTE

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS

PARTICULARIDADES

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

BOLETIM CIRÚRGICO

NOME Francisca de Sousa Rocha N° DO REGISTRO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Necrose em pé D

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

INÍCIO HS TÉRMINO HS DURAÇÃO

OPERADOR

AUXILIAR 1° 2°

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) Realizado bloqueio raquidiano
2) Antissepsia + Campo
3) Realizado debridamento em tecido necrótico em face medial do pé D.
4) Retirada de Kirschner

CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO)

5) Curativo c/ [illegible]

Ebert Portela Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4698

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP PULSO RESP PR ART MAX MIN

OBSERVAÇÕES:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

RECÉM NATO

( ) MASC____ ( ) VIVO____ ( ) A TERMO____ ( ) ÚNICO____
( ) FEM____ ( ) MORTO____ ( ) PRÉ-TERMO____ ( ) GEMELAR____
( ) PÓS-TERMO____

APGAR 1° 5°

NOME DO MÉDICO

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Nº Registro 51714
Nº 18/06/15

FICHA DE ADMISSÃO

CNPJ:

Nome: Maria de Sousa Rocha

Clínica: Med

Data de Nascimento: 15/10/63 | Sexo: F M

RG | CPF | Naturalidade | Estado

Internou-se neste Hospital: Sim ☐ Não ☐

Tem medico assistente: Sim ☐ Não ☐

Responsável por ser menor: Pai: Otho D'Agui

Complemento: São Pedro c/o Pr

Bairro: Rural | CEP

Médico assistente: Oriel

Mãe: Lourença Sousa

Pai | CEP

Endereço Hospital

História Clínica (Registre as queixas do doente e todos os achados de exames a que foi submetido(a))

Perda de [illegible] e [illegible]

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

DIAGNÓSTICO

Provisório | CID

Principal | CID

Intercorrência | Causa Morte | Hist. Patológico

Sintomas e Sinais Principais

TRATAMENTO

TIPO	TERAPÊUTICA MÉDICA	OPERAÇÃO	ERGÁCIA
☐ Nenhum ☐ Médico ☐ Cirúrgico ☐ Médico-Cirúrgico		Principal Acessórios	☐ Eficaz ☐ Inalterada ☐ Prejudicial ☐ Não Avaliada

DURAÇÃO

Data da Internação | Hora | Data da Alta | Hora | Data da Hospitalização

ALTA | OBITO

TRANSFERÊNCIA

SAÍDA

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A pedido

☐ Decisão Médica
☐ Por indicação
☐ Revelia
☐ Evasão/abandono

☐ Clínica
☐ Maternidade
☐ Outros

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado cirúrgico ou pré-cirúrgico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agudo ou pré-cirúrgico
☐ Ocorrido após as horas da internação

Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P. Cirurgia

NOME: Francisco de Sousa Rocha

26.06.15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Alta Hospitalar p/ acompanhamento em ambulatório de urologia Dr. Otenio de Castro Guimarães MÉDICO CRM-PI PJ CORRETORA DE SEGUROS 24 ABR 2018 DPVAT		

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGF
HOSPITAL GERAL DO PRONTOCOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Data: 16/06/15 ( ) CLÍNICA ( ) CIRÚRGICA ( ) OBSTÉTRICA ( ) PSIQUIÁTRICA ( ) CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nome: Maria de Sousa Rocha Prontuário: Enfermaria: 002-19 Leito:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Horário
	Monitorar nível de consciência e orientação	
	Manter cabeceira elevada a ( )°	
	Monitorar padrão respiratório.	
	Verificar Sinais Vitais.	
	Realizar mudança de decúbito a cada horas.	
	Supervisionar/ Executar higiene oral e banho	
	Incentivar higiene íntima.	
	Supervisionar e incentivar aceitação da dieta.	
	Orientar jejum a partir das:	
	Tentar localização de SNG antes de administrar a dieta.	
	Informar 20ml de água antes e após dieta.	
	Avaliar sinais de fadiga e intolerância.	
	Realizar troca do equipo e do acesso venoso periférico	
	Observar e anotar dieta (coloração, quantidade e odor)	
	Observar e anotar aspecto, quantidade, consistência e odor das evacuações	
	Realizar curativos em	
	Monitorar sinais clínicos.	

Controle de Sinais Vitais

Hora	T	F	R	PA	Glicemia	Diurese	Inexistível
08	36°			16x8			
12							
16							
24							

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

8:30 Paciente consciente orientada sem dor. Hospitalar por PA Baixa, para acompanhamento ambulatorial de cardio.

Daniela Oliveira de Moraes
COREN-PI 150512 - TE

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 13 UNIDADE DE SAÚDE H-GP
Ortopedia

NOME: Francisco de Sousa Rocha	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
25.06.13 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente internado a desbridamento cirurgico pos pé direito, queixa-se de dor, pequena área com necrose no pé D. 1- dieta livre. 2- gelo solinizado. 3- cefalexina 1g EV de 12/12h. 4- Dipirona — 2ccm + A.D EV de 6/6h 5- tiocitino e curativo cirurgico 6/6h. CRM	CRBM	

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGV
HOSPITAL GERAL DO VERANDA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Leito: 25 Qto: 115 [ ] PEDIÁTRICA [ ] MÉDICA [ ] PSIQUIÁTRICA [x] CIRÚRGICA OU [ ] PRONTO SOCORRO

Nome: Francisco de Sousa Rocha Prontuário: Idade: 03/03/57 Sexo: M

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Horário
30hs locado consciente, orientado, fácies, postural, espaço, consciente, anda, auto suficiente, acompanhado, adaptativo, fixado, motivos e pelos, hígido, [illegible]	Monitorar nível de consciência e orientação	
	Manter cabeceira elevada a (°)	
	Monitorar padrão respiratório.	
	Verificar Sinais Vitais	
	Realizar medição de decúbito a cada hora.	
	Supervisionar/ Executar higiene oral e banho	
	Incentivar higiene íntima.	
	Supervisionar e incentivar a ingestão da dieta.	
	Orientar família e parentes	
	Tratar hospitalização de SNG antes da administração e dieta.	
	Instalar 20 ml de água antes e após dieta	
	Avaliar ênase de balão e hidratação.	
	Realizar troca do equipo a cada ciclo e troca de recipiente periférico	
	Observar e anotar diurese (aspecto, quantidade e cor)	
	Observar e anotar fezes (aspecto, consistência, frequência e cor)	
	Realizar curativo em	
	Monitorar gotejamento	

Carinho de Sinais Vitais

Hora	T	F	T.	PA	Glicemia	Diurese	Negativa
08	36	E		90/80			
12	36,0			110/80			
16	36,6			90/60			
24	36,8			90X90		97 mg-dl	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

9:30 REALIZADO CURATIVO EM MEDIO(PE) E FERIMENTO COM PRESENÇA DE TECIDO DE GRA NULAÇÃO EM QUASE TODA EXTENSÃO E AGUARDANDO AVA LIAÇÃO P/ CURATIVO ESPECIAL UTILIZADO SF 0,9% + ATE BRITO COREN-PI 170151-ENF

COREN-PI 170151 - ENF

...pitalar
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P
C.I. Cardiologia

NOME: Pio de Souza Rocha

24/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

Prefeitura Municipal de Teixeira — FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL — UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE — UGP

ENF/LETOR: 02/19 | NOME: Flo de Souza Rocha | DATA: 24/06/15

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

RP: Pb Siga como - Cabeça, olho fundo, Eupnéico, normocorado, sem palidez, alerta, colaborativo, não apresenta dor, não queixas no momento.

Eliane Leal da Silva
Enfermeira
COREN-PI 170154

36°C	110/70	
36,8	120/80	
36,5	120/80	
36,5°C	120/80	

Curativo realizado com limpeza de granulação presente em quase toda extensão, agulha 40 especial, utilizado SF 0,9 + AGE. Bebe 00103786276.

MOD. 02

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P. C/ cirurgia

NOME: Fco de Sousa Rocha	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
23.06.15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Viver sem pé D - Feito Debridamento		
0 Dieta branda		
1 IF - 1500ml EU 2/4h/uni.	1	
2 Ceftriaxona 1g EU 12/12h.	2	
3 Dipirona 2g + AD EU 6/6h, SOS	3	
4 Bromoprida - 01 amp + AD EU 8/8h, SOS	4	
5 SMS		
6 SMS		

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/02/2021 14:37:04
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020414370427000000013719890
Número do documento: 21020414370427000000013719890

Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

FEGP

SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO - SIA

23/06/15

Leonardo de Sousa Rocha

02.79

Paciente evolui consciente, orientado, deambulando, fala normal, normotenso, corado, sem queixas, eupneico, eliminações normais D

Jucilene dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 308.633

06	36C	100/60
12	36C	110/70
18	36,5C	100/60
24	36C	110/70

9:00hs REALIZADO CURATIVO EM MID (PE) FERIMENTO COM TECIDO GRANULADO E QUASE TODA REGIÃO, UTILIZADO SEGZ. FAGE. SOLICITADO AVALIAÇÃO P/ CURATIVO ESPECIAL. LEITO 00103862 T.E.

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE U.C.P
C. Cinquentão

NOME: Ana Ele Sousa Rocha	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
22/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Aplicar com Morfina em 16'		
1) Dieta zero, SIVD, Dieta branda		
2) SFO, EV. — 1.500ml, EV, 20gotas/min		
3) Ceftriaxona - 1g+AD, EV, 12/12h		
4) Dipirona - 02ml+AD, EV, 6/6h		
5) Tramal 100mg+10ml SFO, EV, 8/8h (SN)		
6) Plasil - 01amp+AD, EV 8/8h (SN)		
7) SSVV + CLBG		

Clínica Geral
CRM-PI 1032

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGP

ESTABILIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE PROCEDIMENTO - UTI

Nome: 22/06/15
Nome: FCC de Souza Rocha
Leito/Sala
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
Data: 02/09
Coleta de Sinais Vitais

Hora	I	II	III	IV	Pulso	Pulsos	Observações
06	36,5		110/60				
12	36,5		80/50				
18	36,5		80/40				
24	33,5		100/60				

Mantido leito Paciente com Glicóla, Cricóla do Estabil. Jugular direita a direita, mantendo o duplo lumen, em uso de ATB curativos oclusivos, sem sinais de flebite.

Jucilene dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 308.633

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Verificar Sinais Vitais.
Realizar medidas de conforto e de higiene.
Administrar medicamentos prescritos.
Verificar local de inserção do dispositivo endovenoso.
Observar e anotar dados clínicos (coloração, quantidade e odor).
Observar e anotar eliminações (quantidade, aspecto e odor).
Manter cabeceira elevada.
Manter curativo limpo e seco.

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 00 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE HGP

NOME: Francisco de Sousa Rocha

21/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente c/ necrose [illegible] e [illegible] deliberada CO!		
1) Dieta [illegible] até 2ª ordem, [illegible] pós 2ª ordem	(1) [illegible]	
2) SG 5% – 1000ml [illegible] 20 gts	(2) 1º [illegible]	
Paclitaxel – [illegible]		
3) Ciprofarm 1g – [illegible] 12/12h	(3) 12: 20	
4) Ziprasidona – 10 gts [illegible]	(4) 12: 18. [illegible]	
5) Plenvet inj – [illegible] 8/8h SVN	(5) SVN	
6) CCGO + SSVN	(6)	

Erbert Pereira Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4688

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

FHP

ESTABILIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

Nº 0110645 — CIRURGIA GERAL — DIRETRIZ QUEIMADURA

Nome: Francisco de Sousa Rodrigues

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORA
08:00 - Segue com at[illegible]	Medir PA e FC de 4/4 horas	
[illegible]	Manter [illegible]	
e desmobilizado	Manter [illegible]	
sem queixa álgica	Verificar Glicemia	
em dieta zero	Realizar troca de decúbito a cada [illegible] horas	
queimado do braço	Administrar [illegible]	
direito [illegible]	Realizar higiene brônquica	
com necrose no	Observar e monitorar [illegible]	
4º E 5º dedo	Observar [illegible]	
direito.	Trocar [illegible]	
	Balanço hídrico	
	Avaliar [illegible]	08:40
	Avaliar [illegible]	
	Observar e anotar [illegible] (quantidade e cor)	16:45
	Observar e anotar aspecto, quantidade, [illegible]	
	Realizar [illegible]	
	Manter [illegible]	

Lorena Luise Borges
Enfermeira
COREN-PI 177-969

Data	Hora	Temp.	Pulso	Pressão arterial	Respiração	Dor
12	36	6	80			Dis
			60			
12	36	9C	70			
			60			
12	36	9C	60			
			60			
12	36,8C		70			
			60			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

15:20 paciente embornilhado no centro cirúrgico

Jurbe

08:40 Realizado Debridamento pseudomonas sem sinais de direito

16:45 Curativo com antimonia sob efeito de sedação neterpin

Guardado

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 09 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE

NOME: Francisco de Souza Rocha.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente em uso de pé e aguarda realizar de desbridamento cirúrgico.		
1- N.P.O, dieta líquida total	1ª cins	
2- soro fisiológico — 1000ml/24h EV	2ª cins	
- soro glicosado — 1000ml/24h.	3ª 4ª cins	
3- ceftriaxona 1g EV de 12/12h.	12 24	
4- Dipirona — 2ampolas EV de 6/6h	12 18 24 cins	
5- Bromoprida — 1ampola EV de 8/8h	12 18 21 cins	
6- Dipirona — 2ampolas EV de 6/6h	12 18 24 cins	
7- Dimenidrato de 8/8h	12 18 21 cins	
	18 21 (suspenso)	

Dr. Ednan Teixeira de Carvalho
Cirurgião Geral e Vascular
CRM-PI 1278

Rede de Fiscalização
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGP

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 02/06/2020 Clínica: ( ) Pediátrica ( ) Maternidade ( ) Cirúrgica ( ) Pronto Socorro

Nome: Francisco da Silva Leite

Enfermeira: Coren:

Leito: Idade:

Anotação de Enfermagem	Descrição de Enfermagem	Horário
Cl. Pediátrica para dar alta devido melhora do quadro em pé. Convênio, responsável para Hotel Teresina, aguardando um carro acompanhado, medicação, orientações, sinais e sintomas sobre Eliminação, Hidratação, Medicação e repouso.	Monitorar sinais vitais e dor	
	Medir diurese diária ( )	
	Monitorar padrão respiratório.	
	Verificar Glicemia Capilar.	
	Realizar mudanças de decúbito a cada hora.	
	Supervisionar / Executar higiene oral e banho	
	Realizar higiene íntima.	
	Administrar e Instalar Medicações de dieta.	
	Ofertar líquidos e posição de	
	Realizar hidratação de SNG antes de administrar a dieta.	
	Observar 2h após ingestão de dieta e após dieta	
	Avaliar sinais de hidratação e intolerância.	
	Realizar troca do equipo a cada vasos periférico	
	Observar e anotar alterações (coloração, quantidade e aspecto)	
	Observar e anotar aspecto, quantidade, frequência e odor das evacuações.	
	Realizar curativo	
	Manter grades da cama.	

Carimbo: Dra. Ana Maria Neves em Enfermagem COREN-PI 348.054-ENF

Sinais Vitais

Hora	T	F	PA	Dextro	Diurese	Evacuação
07						
11	36,6		110/72			Diarreia
15	36,6	59	90/60			Diarreia
21	37,2		100x72			Ok

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE

NOME: Francisco Sousa Pouso

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
- Dieta livre - SF 0,9% — 1000 ml EV 24/24h - Ranitidina 50 mg EV 8/8h - Ceftriaxona 1g EV + ND EV 12/12h - Bromoprida 10 mg EV 8/8h - Dipirona 2 g, 50 gotas 6/6h	12 20 set 08 set 12 20 set 08 set 12 20 set 08 set 12 20 set 08 set 12 20 set 08 set Vini	

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA Obstetrícia LEITO _____ UNIDADE DE SAÚDE HGP

NOME: Ana de Sousa Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Dieta livre		Gesta P.A. 11x6 FCF 76
⊙ Dipirona 1000 EV	12	
⊙ Ranitidina de 8/8	12 18:00	
⊙ Cefazolina 1g EV de 12/12	12 22 06	
⊙ Bolsa bromoprida 1 ampola	12	
⊙ Dipirona se dor	12 22 06	
⊙ PARECER CIRURGIÃO	12	

OZIEL CARLOS
DR. MÉDICO CRM 2574-PI
CLÍNICA MÉDICA E DERMATOLOGIA

PROPT. 5572

Francisco de Sousa Rocha

DATA	RECONSULTA	ATENDIMENTO	EXAMES	VISITAS
	23/09/09 → Infecção em MID. Cd. Cefalexina + neomicina. Orientações q/ à limpeza			
24/03/15 02.06.15	Paciente comparece para consulta. Refere lesão (queimadura 2º grau) no pé D ocasionado por desastre de motocicleta (30/05/15). Internado a hospital local por 5 dias. Relata dor, edema (primeiro aberto, seco e limpo). Cd. Orientações quanto uso de calçados ante/pós cirurgia. Solicitar exames (2x dia) + Ibuprofeno + amoxicilina 500 mg (2x dia)			
02.07.15	Cliente com diagnóstico de fraturas ósseas [illegible] em consultório, sem complicações no mesmo. Encaminhar para realizar curativo à cada 03 dias. CD. AINE e ORTOPEDIA			
20/07/15	Paciente sofreu acidente motociclístico referindo dor/edema em pé direito. Refere ter tomado o dedo, mas na correção (S/c). Apresenta curativo sendo realizado no hospital onde o mesmo ingressou e internou. CD. Restrição [illegible] e analgésicos.			

Dra. Alexandra Ferreira Nunes
Enfermeira
COREN-005.478

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Dra. Luana Cardoso
MÉDICA
CRM-PI 5394 CPF 010.359.893-48

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO DATA 21 / 06 / 15

NOME DO PACIENTE: Fr de S. Rocha.	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: Neuro [illegible]	CIRURGIA: [illegible]
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Dr. Robert.	CPF Nº
AUXILIAR: Acad. Cicero.	CPF Nº
ANESTESIA: Dra. Denise	CPF Nº
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº

Robert Portela Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4558

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
AGUA OXIGENADA	ML	–		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA Unid	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5 CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	–		SERINGA 3 CC	UNID.		
FORMOL	ML	–		SOROFISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.			
ALCOFIL			
MONONYLON			
FITA UMBILICAL			
VICRYL			
PROLENE			

OCORRÊNCIA: Realizado - Debridamento cirurgico em pé Direito

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Guadalupe e Feitosa

02/14

FHT
AO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

ID

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4. CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. NOME DO PACIENTE: Francisca de Souza Pacheco

6. PRONTUÁRIO: 5/714

7. CARTÃO NACIONAL SUS: 700 0034 1927 0021

8. DATA NASC: 10/10/63

9. SEXO: M/F: 1 F 3

DOCUMENTOS: RG [X] CPF [ ]
Nº 70163339-PI

9. NOME DA MÃE: Lucinete de Sousa

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL: Odair José Alves Penha

11. ENDEREÇO: Rua Antônio Alves D'agua

12.2 BAIRRO: Zona Rural

12.3 COMPLEMENTO: S/N

BAIRRO LOCAL

COMPLEMENTO LOCAL

13. TELEFONE DE CONTATO

13. MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

14. IBGE

15. UF: PI

16. CEP: 64430-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fraqueza [illegible] (com [illegible] hipertensos

18. CONDIÇÕES JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: [illegible]

21. CID 10 PRINCIPAL: [illegible]

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. COD. DO PROCEDIMENTO: 04/50 40012

27. ETIOLOGIA: [illegible]

28. CAUSA DA INTERNAÇÃO

29. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. DT SOLICITAÇÃO

30. CNS/CPF

31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

36. ( ) ACIDENTE SEM VÍNCULO TÍPICO

37. ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38. CNPJ EMPRESA

39. CNAE EMPRESA

40. CBOR

41. CID 10 PRINCIPAL

42. CID 10 SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DATA

48. CNS/CPF

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

49. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA

51. DT AUT. ___/___/___

52. CNS/CPF

FHS
Fundação Hospital de Saúde

SUS

BOLETIM CIRÚRGICO

NOME Francisco de Souza Neto Nº DO REGISTRO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Hem. m. p. e

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

INÍCIO DURAÇÃO

OPERAÇÃO

7º

ANESTESIA

TIPO DE ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) Incisão linear sob arco costal D
2) Abertura de cavidade
3) Ligadura isolada em tecido vascular
e pedículo do pâncreas
4) Retirada da lesão
CIRURGIA PLÁSTICA DA PAREDE
5) Compressa x 72

Elbert Potzeja Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-RJ 4666

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP PULSO RESP PR ART MAX MIN

OBSERVAÇÕES

RECÉM NATO

( ) MACHO ( ) VIVO ( ) A TERMO ( ) ÚNICO
( ) FÊMEA ( ) MORTO ( ) PRÉ TERMO ( ) GEMELAR
( ) PÓS-TERMO

APGAR 5º

Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 03 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P. Carpinejo

NOME: Francisco de Assis Pedro

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
HORÁRIO	OBSERVAÇÕES

10/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Alta Hospitalar p/ acompanhamento em ambulatório de cirurgia Dr. Breno de Castro Guimarães MÉDICO CRM-PI 6015		

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA ____ LEITO ____ UNIDADE DE SAÚDE ____

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]		

Estado do Piauí

9:50 Realizado curativo em MID (PÉ), ferimento com presença de tecido de granulação em quase toda extensão e aguardando avaliação p/ curativo especial. Utilizado SF 0,9% + AGE.
Brito 001031862 TE

Hospital Municipal de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA C2 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE [illegible]

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
24/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 03 LEITO 49 UNIDADE DE SAÚDE UPA

NOME: [illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
23.06.15 [illegible]	[illegible]	
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]		

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA _____ LEITO _____ UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

Rede Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA _____ LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

HOSPITAL GERAL DO PIRONORAN

FMT Fundação Municipal de Teresina

Prefeitura de Teresina

FICHA DE CURATIVO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

Procedimento: 0401010015 - Curativo grau II c/ ou s/ debridamento

UNIDADE DO SUS:

DATA: 25/06/15

PACIENTE: [illegible]

Prontuário: [illegible] Idade: 51

[illegible]

TELEFONE DE CONTATO: [illegible]

Nome do enfermeiro ESF:

[illegible] Nº DE TASCE: [illegible]

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL	Unid.	Quant.	Cobertura utilizada	Unid.	Quant.	Cm
[illegible]	Unid.		Alginato de cálcio	Unid	2	10x200/m
[illegible]	Frasco	01	Alginato de cálcio com Prata	Unid		
[illegible]	Frasco		Colagenase			
[illegible]	Ml		Carvão ativado com prata	Unid		
[illegible]	Ml	05	Hidrocolóide	Unid		
[illegible]	Ml		Hidrofibra	Unid		
[illegible]	Unid.	02	Hidrofibra com prata	Unid		
[illegible]	Par	03	Hidrogel	9	03	
[illegible]	Par		Gaze de Rayon	Unid		
[illegible]	Unid.	03	Compressa	Unid	01	
[illegible]	Unid.		Ácido	ML		
[illegible]	Pacote	02	Esparadrapo com 10			

Localização ferida 01	Mensuração da ferida 02	Mensuração da ferida 03
[illegible]	Local:	Local:
[illegible]	Comprimento:	Comprimento:
[illegible]	Largura:	Largura:
[illegible]	Profundidade:	Profundidade:
[illegible]	Quantidade de exsudato	Quantidade de exsudato
[illegible]	Obs.	Obs.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

[illegible] limpeza e [illegible] da lesão, retirada [illegible] esparadrapo e micropore, [illegible] limpeza e SF 0,9% [illegible] hidrogel, alginato e [illegible] gaze, [illegible] e compressa.

Assinatura do paciente

Assinatura e carimbo do enfermeiro

[illegible] Carv[illegible] [illegible]330. [illegible]77.2[illegible]

[illegible] [illegible]

Prefeitura de Teresina | HGP Hospital Geral do Promorar | FMT Fundação Municipal de Saúde de Teresina

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE FERIDAS NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS

Data 26/1/21

BLOCO 1: DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:

1.0 **Nome completo do Paciente:** [illegible]

1.1 **Hospital solicitante** [illegible]

1.2 **Setor de internação** [illegible]

1.3 **Tempo de internado** [illegible]

1.4 **Idade:** .....[23]

1.5 **Sexo:** .....[2]

(1) Masculino (2) Feminino

1.6 **Situação conjugal** .....[3]

(1) Solteiro (a)

(2) Casado (a)/ União estável

(3) Divorciado

(4) Viúvo (a)

(5) RN/Criança

1.6 **Data de Nasc.:** 10/10/1998

1.7 **Renda Familiar**.....[1]

(1) Menos de 1 salário mínimo

(2) 1 a 2 salários mínimos

(3) 3 a 5 salários mínimos

(4) acima de 5 salários mínimos

(5) Desconhece

1.8 **Escolaridade**.....[1]

(0) Não estudou

(1) Ensino Fundamental

(2) Ensino Médio

(3) Ensino superior

(4) Outros, _____

(5) Não se aplica

BLOCO 2: DADOS CLÍNICOS:

2.1 **Condições clínicas e fatores de risco associadas:** [ ] [ ] [ ]

(1) DM

(2) HAS

(3) Acidente Vascular Encefálico

(4) Câncer

(5) Obesidade

(6) Doença neurológica

(7) Hanseníase

(8) Etilismo

(9) Tabagismo

(10) Outros, especificar: _____

2.2 **Medicamentos em uso:** ..... [ ]

(1) Sim, especifique: _____

(2) Não

2.3 **Mobilidade:** ..... [ ]

(1) Deambula

(2) Deambula com auxílio, especifique: _____

(3) Não deambula

BLOCO 3: AVALIAÇÃO DA FERIDA

3.1 **Etiologia da ferida:** ..... [ ]

(1) Úlcera venosa

(2) Úlcera arterial

(3) Úlcera diabética

(4) Úlcera Neuropática

(5) Úlcera por pressão

(6) Úlcera plantar (Hanseníase)

(7) Feridas traumáticas, especifique acidente de moto

(8) Não Se aplica. Só prevenção Dermatite ou

(8) Outros, _____ Corte de descarga

3.2 **Número de ferida(s)** _____[1]

3.3 **Tempo de existência da(s) ferida(s):**.....

3.4 **Localização anatômica** :..... [ ]

(1) Membros superiores, especifique.....

(2) Membros Inferiores, especifique...Pé Direito

(3) Sacro coccígea

(4) Trocanter Direito

(5) Trocanter Esquerdo

(6) Tuberosidade isquiática

(7) Calcâneo

(8) Pé

(10) Outros, especifique: .....

3.5 **Tamanho da(s) Ferida(s):**..... 1

3.5.1 **Local ferida 1** Maléolo interno do pé D

(1) altura (cm) 11 cm

(2) largura (cm) 10 cm

(3) profundidade (cm) 3 cm

(4) Cobertura sugerida: Hidrogel + alginato

3.5.2 **Local da ferida 2** _____

(1) altura (cm) _____

(2) largura (cm) _____

(3) profundidade (cm) _____

(4) Cobertura sugerida: _____

3.5.3 **Local da ferida 3** _____

(1) altura (cm) _____

(2) largura (cm) _____

(3) profundidade (cm) _____

(4) Cobertura sugerida: _____

3.6 **Tipo de tecido**.....[ ]

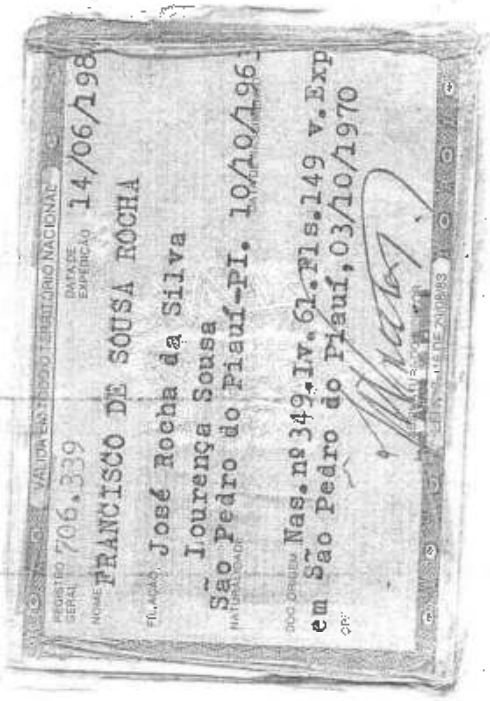
(1) Granulação

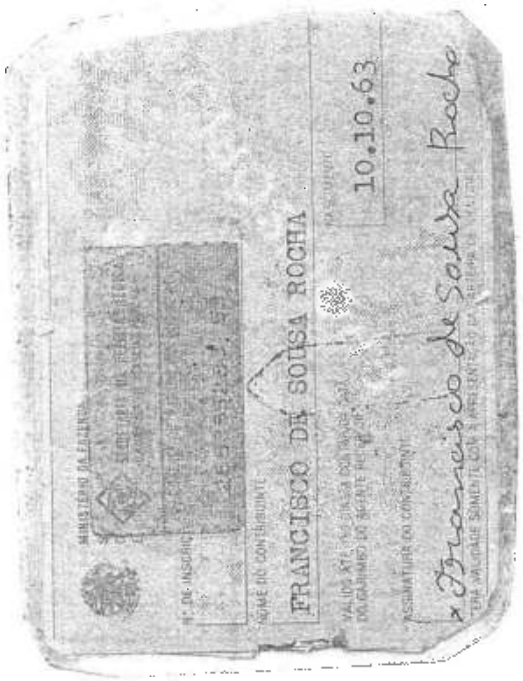
(2) Epitelização

(3) Necrose, cor Preto

(4) Esfacelo

(5) Outros, especificar _____

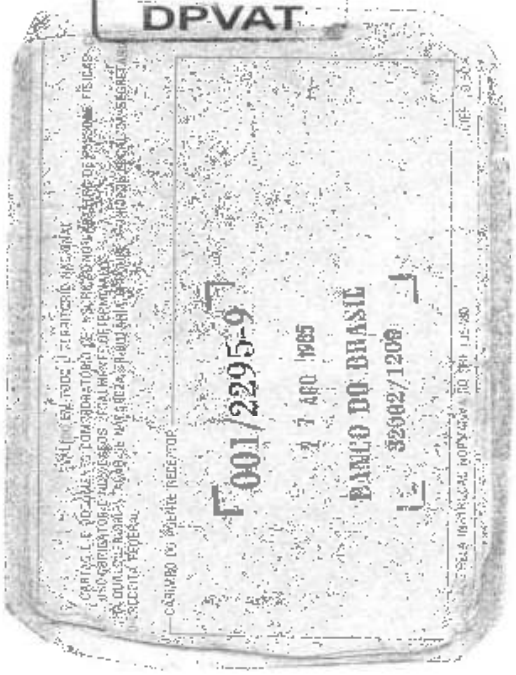




PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2018

DPVAT



COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **265.885.283-53**

Nome: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Data Nascimento: **10/10/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **ANTERIOR A 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:53:10** do dia **12/04/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **31E7.407F.8625.6206**

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
Nº 9756858015
01801200017 30 6686566479 1

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

UF: PI	RENAVAM: 941	RNTRC
NOME/RAZÃO SOCIAL: MANOEL DA CRUZ DE SOUZA		
R PERNAMBUCO 00023 BETEL PI		
CPF/CNPJ: 195	PLACA: NOV 8720	
NOME ANTERIOR: MANOEL DE SOUZA SANTIAGO		
PLACA ANT/UF	CHASSI: 9BWJC30708R082986	
ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	COMBUSTÍVEL: GASOLINA	
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN	ANO FAB: 2007	ANO MOD: 2008
CAP/POT/CIL: 020/01.28CC	CATEGORIA: PARTIC	COR PREDOMINANTE: PRETA
OBSERVAÇÕES		
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA GUARDE EM LOCAL SEGURO		
SÃO PETRO DO PI LOCAL	12/09/2012 DATA	
DETRAN - PI		

DENATRAN
CONTRAN

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184894 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA **Data do acidente:** 25/05/2015 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: QUEIMADURA DE 3º GRAU NO PÉ DIREITO.
FERIMENTO NO PÉ DIREITO

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO PÉ, COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO, DEFORMIDADE E AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE TODOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, COM ATROFIA MUSCULAR E AUSÊNCIA DE SENSIBILIDADE EM TODO O PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO DE ÁREA DE NECROSE.

Sequelas permanentes: Perda funcional do pé direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda funcional do pé D devido a repercussão funcional (perda da mobilidade do tornozelo e da mobilidade de todos os dedos do pé).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R$ 6.750,00
		Total	**50 %**	**R$ 6.750,00**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180184894***

Nome do(a) Examinado(a): ***FRANCISCO DE SOUSA ROCHA***

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE OLHO DGUA, SNN - RURAL - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PI***] ***706339***

Data e local do acidente: [***25/05/2015***] ***POVOADO BREJO, SÃO PEDRO DO PI***

Data e local do exame: [***28/05/2018***] ***Teresina*** [***PI***]

Resultado da Avaliação Médica

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

QUEIMADURA DE 3º GRAU NO PÉ DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO DE ÁREA DE NECROSE.

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

VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO PÉ, COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO, DEFORMIDADE E AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE TODOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, COM ATROFIA MUSCULAR E AUSÊNCIA DE SENSIBILIDADE EM TODO O PÉ DIREITO.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO PÉ DIREITO.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
PÉ DIREITO
% 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

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

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

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

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROCURAÇÃO

OUTOGANTE: Francisco de sousa Rocha BRASILEIRO (a) ESTADO CIVIL casado, PROFISSÃO lavrador CI RGN. nº 706 339 CPF/ MF Nº 265 185 283 53 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) À RUA Povoado Olho d'Agua, Zona Rural CIDADE DE São Pedro do Piauí - PI ESTADO Piauí CEP 64430 000

OUTORGADO: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 949.394.433-53 E RG SOB Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRO CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI**

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

São Pedro do Piauí, 05 de Abril de 20 18

ORIGINAL

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
Oficial
São Pedro do Piauí

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí
Serviço de Notas, Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABB-038323

x Francisco de Sousa Rocha

OUTORGANTE

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE:-FRANCISCO DE SOUSA ROCHA, TENDO O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTADA IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRÁFO, A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 05 DE ABRIL DE 2018
Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA
TAB. 1º OFÍCIO.