

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintor: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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, CAPTAÇÃO 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 Adriana Carla de Souza Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Fabio de Souza Leiria Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.229.393 / 62,
da sinistro de DPVAT cobertura 3 invalidez, da Vítima Francisco Fabio de Souza Leiria

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.229.393 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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>Rua Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elesbão Veloso</u>	Estado:	<u>Pernambuco</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>				
Tel.(DDD):	<u>(86)99981-6008</u>				

Local e Data: Elesbão Veloso - PI - 25.08.2019

Adriana Carla de Souza Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4040-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, João Antonio de Souza

RG nº SSP 2361701, data de expedição / /

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 684.466.323-49

com domicílio na cidade de Varzea Grande, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 15 de novembro nº 24

complemento Urbanos, 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 Fabio de Souza Lima, cujo o condutor era

Francisco Fabio de Souza Lima.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2012/2013

Placa: 0IX-2050 Chassi: 9CZJSC4820DR0Q6775

Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data:

Varzea Grande - Piauí - PI

João Antonio de Souza

Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

29 AGO 2019

DPVAT

Assinatura do Condutor

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

'ODER JUDICIARIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZEA GRANDE
Praça Marechal Deodoro da Fonseca S/N
CEP: 64.525-000
Fone: (89) 3471-1268
CARTÓRIO ÚNICO
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Extradição Civil



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconhecido como verdadeira a
Firma (Assinatura) de João
Antonio de Souza -
Fabio de Souza Lima
Varzea Grande, 01/07/2019

AAS
Antonio Pereira da Silva
Tabelião/O oficial Interino

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA DE VÁRZEA GRANDE
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284 - CNPJ: 06.554.950/0001-44

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: HPA

Para Unidade: UPA / UHAC

Paciente:

Fernando Freitas de S. Nogueira

Registro

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente 33 anos, vítima de acidente automobilístico envolvendo carro + motocicleta em MTC.
No carro: cintos + limpador do para-brisa

HD:

DATA: 19/07/19

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

Ramilton E. de S. Britto
Médico
CRM-PB 123456

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para Unidade:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

DIAGNÓSTICO

HD:

DATA: ____ / ____ / ____

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchida em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem.

P.A.	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
170 x 80		39,5		96
DIAGNÓSTICO				
Fx Bimalúvio				

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA PACIENTE EM OBSERVAÇÃO CONSULTA MEDICAMENTOSA

PJ CORRETOR
DE SEGUROS
DPAV

29 AGO 2019

 CONSULTA ORTOPÉDICA PEQUENA CIRURGIA IMOBILIZAÇÃO

TRATAMENTO REALIZADO

- 1 Anelgico
- 2 Tempope + Curativo
- 3 Injulviro

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2019

DPAV

EXAMES COMPLEMENTARES

TERRITÓRIO: Horizonte Serrado n/ UF de
PACIENTE: Alvaro n/ Relyne RX

CONSULTA

OUTROS

Poder Judiciário - Estado do Piauí
Comarca de Varzea Grande
Praça Marechal Deodoro da Fonseca, 50
CEP: 64.525-000
Fone: (68) 3471-1266
Cartório Único
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia
corresponde ao original.
Em testemunho: _____ da verdade,
dou fé.
Varzea Grande-PI, 31/06/2019

Antônio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Intérino

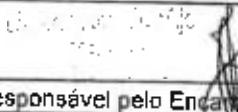
ASSINATURA E N° DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

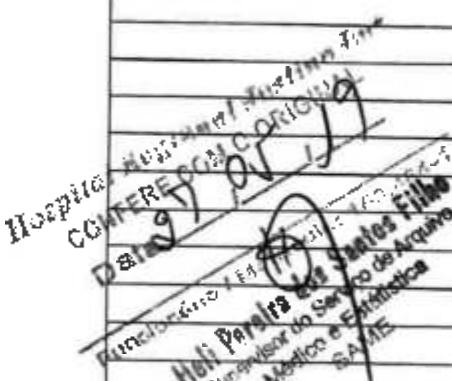
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Para
UPA	
Nome da Pessoa Encaminhada:	Registro
Franckires Góis de Souza Lima	
Motivo do Encaminhamento:	
<p>• Perda aperto fôlego respiração se遗de molaridose ... farto gás gases.</p>	
Observações:	
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Data	 Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada o Centro de Saúde, Unidade Mixta e Hospitalar local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
 <p>Hospital Centro de Saúde de São Luís Data: 01/06/2009 Funcionário: Dr. Hélio Paraiso das Graças Filho Hélio Paraiso das Graças Filho Coordenador do Serviço de Arquivo Médico e Enfermeira SAÚDE</p>	 <p>PJ CORRETORA DE SEGUROS 19 AGO 2009 DPVAT</p>
<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Data	Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.	



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Fabio de Souza Lima



DATA DE NASCIMENTO

PROFISSÃO

24.08.1984

Ensaiautor Rural

SEXO:

MASC: FEM:

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.344

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5677

RACACOR:

BRANCA

PRETA

AMARELA

PARDA

INDIGENA

SEM INFORMAÇÃO

FILIAÇÃO:

NOME DO PAI: João Antônio de Souza

NOME DA MÃE: Angélica Barbosa Lima

ENDEREÇO:

SEXO: F

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 19/02/19

HORA: 14:44

79 AGO 2019

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PARDA

DPVAT

Francisco Fabio de Souza Lima, 34 anos, de origem indígena, com antecedentes de alcoolismo e drogadicção, que é paciente do Dr. Jairson, no bairro São José, Várzea Grande.



Francisco Fabio de Souza Lima, 34 anos, de origem indígena, com antecedentes de alcoolismo e drogadicção, que é paciente do Dr. Jairson, no bairro São José, Várzea Grande.

Assinatura

RECIBO DE CEDULA

SENHA Nº 20190219199163

Caráter URGÊNCIA

Nome: Dr. J. P. G. L.

CPF: 201.902.791-94

RG: 123456789

SENHA: 20190219199163

Nome: Dr. J. P. G. L.

Usuário: Padrão

Caráter URGÊNCIA

Nome: Dr. J. P. G. L.

CPF: 201.902.791-94

RG: 123456789

SENHA: 20190219199163

Caráter URGÊNCIA

Nome: Dr. J. P. G. L.

CPF: 201.902.791-94





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 (Pronto Socorro)

Atendimento: P0614594
Data: 19/02/2019
Funcionário: SABRINA

Registro: 406662
Hora: 20:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 170

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Nasc.: 24/06/1984 Idade: 34 ANOS, 5 MESES, 26 DIAS Profissão:
End.: IOIO SOUSA, 0 - Bairro:
IBGE: 2211407 Cor: Parda Mãe: ANGÉLINA BARBOSA DE LIMA
Telefone: (89) 9990-00326 Celular: () -

CPF: 017.229.393-62 - RG: 2418144 - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64525-000
Cidade: VARZEA GRANDE/PI
Pai: JOAO ANTONIO DE SOUSA

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 527837 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES
Responsável: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

19/02/2019 20:46 0301060118 ACOLHIMENTO CÓM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

Sem Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA EXPOSTA

SC: 97hs - o paciente é vítima de acidente motociclistico, apresenta fratura exposta im
fernozele (B) (B)

nega sangue

Exame clínico/físico:

Fractura aberta do antebraço
Aberto, o paciente não tem sangue.

NOTIFICAR?

Diagnóstico provável:

Medicação:

O paciente é levado para ORTH
O paciente

Procedimentos/exames realizados:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 AGO 2009

Ass. Técnico
Ma. Bezerra Moura
ca Ultrassonografia
CRM: 5115

PPVAT

Fractura aberta do antebraço (B)
Após exame radiográfico evidenciou-se fratura em malho lateral (B)
Urgente cirurgia

Tetraциcline

Fractura aberta do antebraço (B) (B) - OK

DC. GUSTAVO ELLIS
Quadrilátero da Fratura
Dra. Ana Paula Góes
CRM: 11116

Hospital Regional Justino Luz
Data: 19/02/2019
Funcionário: Heli Pinto dos Santos
Supervisor de Serviços Clínicos
Médico e Estatística
SAMM

Vitória Régia da Silva Sales
Enfermeira
COREN-PI 12.273

Atendimento	I058341
Data:	19/02/2019
Hora:	23:30

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

Nº AIR
AMPARO

BOLETIM DE ADMISSÃO

406662 - FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 24/08/1984 - Cor/Raça: 03-PARDA
34 ANOS, 5 MESES, 26 DIAS

Clinica: CIRURGIAO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/98 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:017.229.393-62 RG: 2419144 CNS: SIS Prenatal:

Endereço: IOIO SOUSA, N° 0 - CEP: 64525-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2211407- VARZEA GRANDE/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: JOAO ANTONIO DE SOUSA Mãe: ANGELINA BARBOSA DE LIMA

Responsável: FRANCISCO IZALBERTO DE SOUSA LIMA - 89 89900-0326 - IRMAO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado



Transferido _____

História Clínica

Diagnóstico Provável

PJ CORRETOR
DE SEGUROS
29/02/2019
DPVAT

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 19/02/2019
Funcionário: Funcionário: 163.442-1
Well Pereira dos Santos Filho
Supervisor do Serviço de Arquivo
Médico e Enfermeira
SAMM

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA



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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Francisco Fábio de Souza Simas Prontuário:

D.N.: 2412811984 Sexo: M F:

Procedimento Cirúrgico: Data Cirúrgia: 27/02/2019

Antes da indução anestésica

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

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

Sim

O local está demarcado?

Sim

Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

Sim

Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

Não

Sim, equipamentos/assistência disponíveis

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

Não

Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 1 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

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

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim

Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?
Qual duração do caso?

Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há algumas preocupações especificamente relacionadas ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

assinatura-COREN

Hospital Regional Justino Luz
CONFERENCE ROOM - ORIGEM
Data: _____
Funcionário: _____
Hab. Prof. Dr. Edvaldo Santos Júnior
Supervisor de Serviço: Dr. Edvaldo Santos Júnior
Médico - Estagiário: SAMF



Piauí 300 D 135600

FEPISERH
Fundação Estatal Paulista
de Serviços Hospitalares

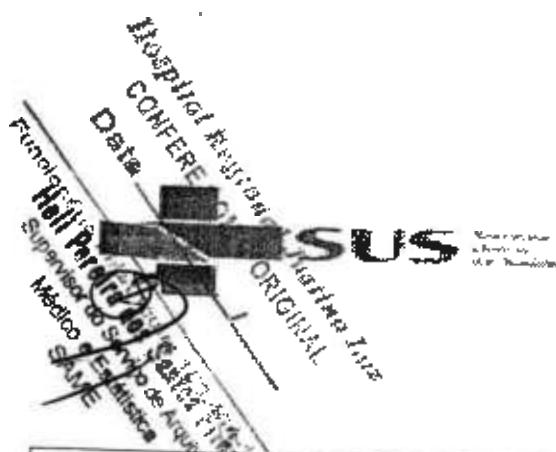
SUS

Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



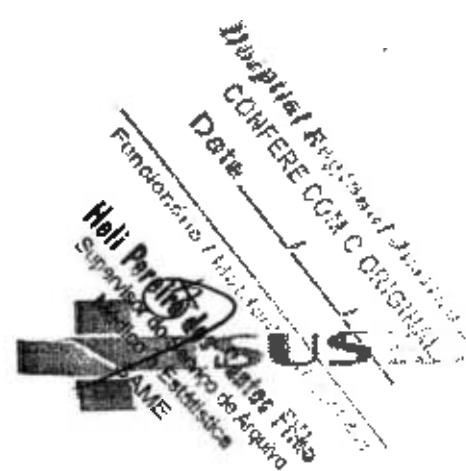
NOME: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA HD: FX EXPOSTA DO TORNOZELO	ALA C	ENF 21	LEITO 98	R. MET.
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 20/02/2019				
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. SF0,9% - 1000ML IV EM 24H				
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS	X			
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)		X		
5 TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)				
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)				
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG				
8. SSVV + CCCG				
9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
10. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
11. SOLICITO: HEMOGRAMA				
<i>Dr. Francisco Viana Soárez Basso Ortopedista / Traumatologista CRM-PR 18841 TEST 1475</i>	<i>Compte</i> <i>X</i> <i>X</i> <i>ao laboratório</i>	<i>X</i> <i>X</i> <i>X</i> <i>06</i>	<i>Às 9:30 realizados exames em PTC e verificadas SSVV PA = 120 x 60 mmHg. TA = 37°C. CT. TEC. 600 mL/min. Co2max lactato sérico</i> <i>19:00 hs resultado ENFERMAGEM PA = 110 x 60 mmHg. CT. 625 mL/min. TE = 563 mL. SSVV 6</i>	



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME	Francisco Fabris de Souza			
HD:	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
		21	99	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
PREScriÇÃO MÉDICA	HORARIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
DATA: 21/02/2019 1. DIETA LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N 5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N 6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N 7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N 8. OMÉPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ 9. SSV+CCG	SA 24 SA SA SA SA SA SA SA SA	Abto cash realizado const. no 8m MSE aspecto dum 1 vez te formar 834352 abto const 100% 70 min 2.79 6pm + 12x 35-70- 3. formar 13432 p Abto 4.7 Despergardo 150 ml 5. drenar Alivio padra te formar 834352		
<i>In lefotetra 5g + 1g, 2x, 6/6h /2 18-24-06</i> <i>Alv</i> <i>BANTOS</i> <i>20-02-2019</i>				



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Nome: ... Série: ...

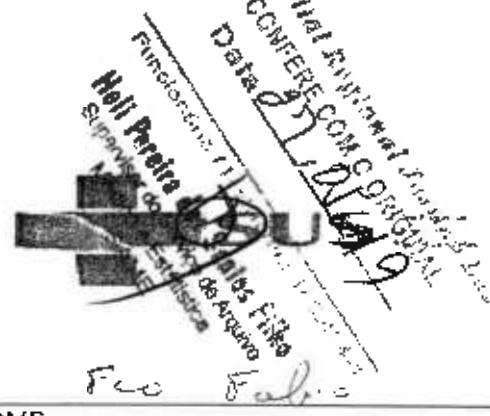
NOME	ALAC	APTO	LEITO 8	R. MET.		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES				
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				
HD: F-112						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA: 22/02/2019						
1. DIETA LIVRE X						
2. JELCO SALINIZADO						
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG						
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N						
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N						
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N						
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N						
8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ						
9. SSVV+CCGG						
10. Cefalotina 400 mg 6 gr						
José Ayres Pedreira Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM 3424 - ISOT 11.977 CPF 038.650.474-69						



**SECRETARIO
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ**



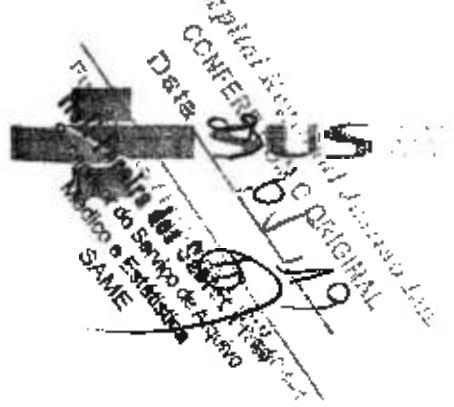
NAME:	ALAC 21	APTO 96	LEITO	R. MET.					
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM								
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES						
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA: 24/02/2019									
1. DIETA ORAL LIVRE	S/I U	As orosofas ref fluminense fio realizada turboturbo 300 ml de leite (lemon) e jalema com turboturbo S/I U							
2. JELCO SALINIZADO	Nenhum	fio = 110 cm							
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG	S/I U								
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N	S/I U 20-30								
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N	S/I U								
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N	S/I U								
7. CCGG+SSVV	Nenhum								
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H	② 04 18 29 06	Ab 30 de medicos SSVV PA = S/I U 180 mmHg T 35,2°C							
P. Kiffia lg, 54 bals									
Dr. Flávio Henrique Ferreira									
Centro de Saúde da Família									
Av. Presidente Vargas, 111 - Centro									
CEP 28030-000 - Rio Claro - SP									
Fone: (16) 3222-1111									
E-mail: csgf@rioclarosp.com.br									
Site: www.csgf.rioclarosp.com.br									



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



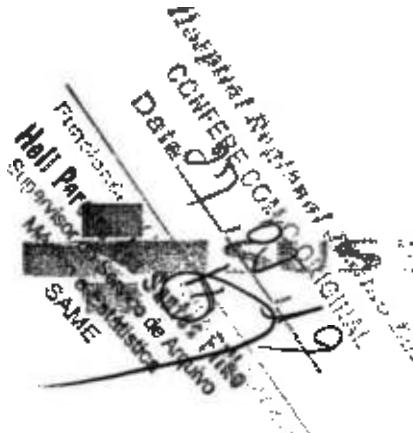
NOME HD: F. TUT	ALAC 21	APTO	LEITO 78	R. MET.
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
PREScrição MÉDICA DATA: 25/02/2019				
1. DIETA LIVRE	SIN			
2. JELCO SALINIZADO	stomagé			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG	SIN			
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N	SIN			
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	SIN			
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N	SIN			
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N	SIN			
8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ	of			
9. SSVV+CCGG				
Dr. JOSE R. TUT CINTO PL 15 - ANDRADINA (GO) MEDICO DO TRABALHO CRM-3424 - CRF-1147				



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Leandro F. de S. Lima</i>	ALA C	APTO 021	LEITO <i>q</i>	R. MET.
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
ID: <i>F& TNZ</i>	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
	PREScriÇÃO MÉDICA DATA: 26/02/2019 1. DIETA ORAL LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N 5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N 6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ml, EV 8/8 h, S/N 7. CCGG+SSVV 8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H <i>Leandro F. de S. Lima</i> <i>Delegado</i> <i>Assinatura</i>			
	<i>Leite</i> <i>12</i>	<i>MI</i>	<i>As 9:55hs realizado banho em Hidroponia F.O. limpa e seca, pigiu na órula com espremedor. Sem infecções cutâneas. Es- tado ap. Melhor. Membrana fisiológica.</i> <i>As 15:15 hs aferição SC V. P. 110x70mmHg P: 80 bpm. R: 20 imp. T: 36. 3C. est. tlc. enf. Melhor. Membrana fisiológica.</i> <i>As 20:15 hs HPO = T: 36,4°C P: 56 bpm / PA = 110/70mmHg</i>	



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO



NOME: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

ALA C

ENF 21

LEITO 98

R. MET.

ID: FX DO TORNOZELLO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA: 20/03/2019

1. DIETA ORAL ZERO (brinde 8 a 23:00h)
2. SF 0,9% - 1000mL IV EM 24 HORAS
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG
8. SSVV + CCGG
9. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

10. Raro - x do tempo de Opioides
OK

AS 9:15h REALIZADO
CURATIVO EM MJET TORACICO
NOZ (0) FERIMENTO LIMPO
E SUCO. SEM INTERCORREN-
CIAS EST. TEC. ENF. GES.
15A ERIDA. INUCTUS

AS 14:50h AFERIDO

55UL PA 110x70 MMHG

T 36,0°C, R 20, RPM. P 72

BPN. EST. TEC. ENF. GES.

ESSA ERIDA. INUCTUS

Fuente submetida a osteo-

sintese longeja sob uso

de roquianidina sem

infecciose. c/CAF

Arteria PA 150/80 mmHg

Tec. Tcm. IVCVida 29.2335. Tcm.

Deborah Luz Martins
ENFERMEIRA
CREF/RJ 505.578

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ



NOME: <i>Francklin Fabio</i>	ENF: 03 LEITO: 98 APTO: ALA	
PREScriPCION MÉDICA DATA: 28/02/14	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
01-DIETA livre	sob	As 9:32h realizada curva laringe em MJD (Re) F.O limpa. e seco, pequenas áreas ex- ponenciais. Existe pontos li- umentos sanguíneos aplicados de relevante da AGE. Sem interrupções. Est. Tc. En.
02-SF 0,9% 1000ML IV 14 GOTAS/MIN setor individualizado atacô		
03-OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA	ot	
04-DIPIRONA 1G + AD IV DE 6/6H	12 18 24 ot	
05-TILATIL 40MG + AD IV 12/12 H	(3) (4)	
06-TRAMAL 50MG + AD IV S/N local 50,9i 50,865 / N metona para Injec-		
07-CEFTRIAX 1G + AD IV 12/12 H	12 24	
08-SSVV + CCGG	atacô	As 14:30h. apreensão SSVV: PA: 120x80mmHg, P:60ppm R:24ppm, T:37,3c. est. Tc. Enf. metona para Injecções.
09. Curat. n°	11	
01.03.14	Ronaldo Cortez Barros Ortopedista Traumatologista CRM 2925 CPF: 679.584.133-00	
Paciente evolução queixa		
Ac. rinc. fo de letra expulso BPP		
CP: Alto Hospital		

Déborah Martins
ENFERMEIRA
COREN-SP Nº 595.578

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE			
Francisco de Oliveira da Silva - Lívia			
DATA 27/02/19.			
PRONTUÁRIO			
LEITO			
PROCEDIMENTO Enterocintese de Tornozelo (10) SALA (4)			
APARELHAGEM			
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML	01		
SERINGA 5 ML	02 + 02		
SERINGA 20 ML			
KIT ACESSO CENTRAL			
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
AGULHA 40X12	1		
ALGODÃO			
ÁGUA DESTILADA	02		
PVP1 <i>Desinfectante / Tópico</i>	200	ml	
SONDA VESICAL			
COLETOR DE URINA			
ESCOVA COM DEGERMANTE	03		
ATADURA COM CREPOM	03		
ATADURA GESSADA			
ATROPINA			
KETALAR			
DIMORF			
NEOCAINA PESADA	01		
LIDOCAINA <i>s/jararé</i>	05	ml	
PROFANOL			
MIDAZOLAN			
DIAZEPAN			
TIOPENTAL	03		
EPORTIL	02		
DIPIRONA	02		
CEFAZOLINA <i>b/gre</i>	82	amp.	
FENTANIL	01		
FLUMAZENIL			
PEASIL <i>Bromoprida</i>	01		
VITAMINA K <i>Paracetamol</i>	02		
VITAMINA A			
OCTOCINA			
METHERGIN			
CAT-GUT SIMPLES			
CAT-GUT-CROMADO			
FIO DE ALGODÃO			
NYLON 2.0 / 3.0	00 + 01		
VYCRIL			
PROLENE			
CLAMP UMBILICAL			
PULSEIRA RN			
GAZE 0	50	petr	
ESPARADARO	30	cm	
LÂMINA DE SISTEMA	10		
LUVA ESTÉRIL	02 + 03		
LUVA DE PROCEDIMENTO	05	pares	
SORO FÍSIOLOGICO <i>desidratado</i>	10	frazes	
SORO GLICOSADO <i>desidratado</i>			
MANITOL			
RINGER LACTATO <i>desidratado</i>			
JELCO			
TUBO OROTRAQUEAL			
AGULHA STIMUPLEX			
AQUIPO			
AGULHA DE RAQUE	01		
TNOXICAM			
USO DA SALA			
INÍCIO	TÉRMINO		DURAÇÃO
17:30	18:10		
OPERAÇÃO <i>Opt. de Tornozelo</i> (E)			
CIRURGÃO <i>Dr. Fábio Júnior</i>			
AUXILIAR <i>Dr. Geraldo</i>			
ANESTESISTA <i>Dr. Eduardo</i>			
TIPO DE ANESTESIA <i>Raqué</i>			
INSTRUMENTADOR			
OCORRÊNCIAS <i>Nenhum intercorrência</i>			
MÉDICO: Francisco J. ENFERMEIRA(O): Renanze TÉC. ENFER.: Maria L. Firmino CÓD. N.: 1194776 TE			

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

FICHA DE ANESTESIA

NOTA DE ANESTESIA					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE: Fernando Gólio de Souza (80)						
DATA: 10/02/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA ANALISE						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORICÓIDES	ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS
Anestesia - 27/02						TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					
	1	2	3	4	5	6
	500	400	300	200	100	
LÍQUIDOS	SO. UTO					
	500	400	300	200	100	
	SANGUE	500	400	300	200	100
TEMPERATURA T	OUTROS					
	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12
P. ARTERIAL	C°					
	260	240	220	200	180	160
	140	120	100	80	60	40
V O PULSO	38					
	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12
SEQUÊNCIA						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15						
DURAÇÃO						
INCIDENTE / ACIDENTE						
TÉCNICAS: SAME						
OPERAÇÕES: Tpl. Fratura Tibial Esq.						
CIRURGIÕES: Dr. Geraldo & Dr. F. Sampaio						
ANESTESISTAS: Dr. Edvaldo - 3805-25						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						

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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE Francisco Fábio de Sára Laima						
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:			
DATA	Descrição do Atendimento					
20/02/19	Atendimento nutricional realizado					
	Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259					
21/02/19	Atendimento nutricional realizado					
22/02/19	Atendimento nutricional realizado					
23/02/19	Atendimento nutricional realizado					
24/02/19	Atendimento nutricional realizado					
25/02/19	Atendimento nutricional realizado					
26/02/19	Atendimento nutricional realizado					
27/02/19	Atendimento nutricional realizado					
28/02/19	Atendimento nutricional realizado					
PJ CORRETORA DE SEGUROS 29 AGO 2018 DPVAT						
CONFECO/CONSELHO NACIONAL DE CORRETORES DE SEGUROS Data 27/02/19 Nutricionista Mat.: 101 Heli Borges dos Santos Filho Supervisora do Serviço de Arquivo Médico e Estatística SAME						

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

406662

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

709603611795677

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/08/1984

9 - SEXO

X (1) Fem

2

03

10 - NOME DA MÃE

ANGELINA BARBOSA DE LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

()

12 - ENDEREÇO

1010 SOUSA, 0 -

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VARZEA GRANDE

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2211407

15 - UF

16 - CEP

64525-000

PI

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente motociclistico, evoluindo com fratura exposta
 TNE (Tornozelo e fêmur) e luxação de TNE (Tornozelo)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

TNE / luxação fêmoral

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

Exame de Rx e Exame Físico Estudo radiográfico
 Diagnóstico inicial

Máximo Brachio TNE (Tornozelo)

21 - CID PRINCIPAL
S826

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção cirúrgica de luxação TNE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.08.08.049-7

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

037.953.883-09

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARMÉO (Nº DO CRM)

19/09/2019

DR. GUSTAVO FELIX

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA

CNPJ: 11.111.111/0001-11

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURO-DORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

M220800001

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Osvaldo Alves Costa

Médico Auditor SMS - Picos

Cartão SUS: 100.590.547.830.900

CPF: 011.541.413-49/CRM-PI 314

assinatura paciente/Responsável

François Souza Lima

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NAME DO PACIENTE	Francisco Fábio de Souza Lima			SEXO	14	APT°		LEITO	
DOCUMENTO	CONVÉNIO				DATA		27/02/19	HORA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
Fractura do fêmur (E)									
DESCRIPÇÃO DA CIRURGIA									
DATA		INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA					
CIRURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA							
Ortofemurite do fêmur (E)									
TIPO DE CIRURGIA:		ELETIVA	<input type="checkbox"/> REITERAÇÃO						
<input type="checkbox"/> LIMPA		<input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> INFECTADA					
DESCRIPÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO									
<p>1. Paumenti em ossos rugosamente</p> <p>2. Aspira + anti-séptico + enxágue de corpos estranhos</p> <p>3. Errante no módulo ósseo + drenagem por globo</p> <p>4. Redução de protese de módulos extenso + coluna de flange DCP 3.5 mm 07 para el 06 parafusos</p> <p>5. Errante módulo na união + drenagem por globo</p> <p>6. Redução de módulo módulo + parafuso de 02 parafusos módulos</p> <p>7. União</p> <p>8. Amputação</p>									
INTERCORRÊNCIAS									
ANTIBIOTERAPIA			<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA			<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAIS:			Nº DE PEÇAS:			LOCALIZAÇÃO:			
MATERIAIS ESPECIAIS			<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:			
MEDICAMENTOS UTILIZADOS									
TIPO DE ANESTESIA		ANESTÉSICO			DURAÇÃO				
ANESTESISTA									
CIRURGIA		Dr. Francisco Lima		CREMEB	ASSINATURA				
1º CIRURGIA AUXILIAR		Dr. Valdeci M.		CREMEB	ASSINATURA				
2º CIRURGIA AUXILIAR				CREMEB	ASSINATURA				





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170346716 N° 013405215080

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA: CID. HEAVAM | DATA: 2018
1 | 500392250

JOAO ANTONIO DE SOUSA

MARCA: HONDA / CATEGORIA: / PLACA: / CHASSIS: /

68446632349 | OIX-2050 | 9C2JC4820DR026773

ESPECIE: PAS / MARCA: MOTONETA / NENHUMA

PLACA: / CHASSIS: / COMBINATIVEL: / ANO PAS: 2012 / ANO MDO: 2013 / COR PREDOMINANTE: PRETA

HONDA/BIZ 125 ES | 002P/124CC | PARTIC

COTAS UNICA | FAZIA I VIVA | PARCELA MENTO / COTAS —

VEHIC. COTA UNICA | 1^a IPUA | 2^a | 3^a PAGO

PREÇO TOTAL (R\$) | 10F (R\$) | DATA DE PAGAMENTO: 15/10/2018

SEGURADO: SEC | PAGO | BRIGATORIO

OB

SEN RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSEUFÉNCIA

VARZEA GRANDE
29 AGO 2019

29 AGO 2019
APÓS EXPIRAÇÃO DO PÓS-PRAZO
DIRETRIZ DE VALOR DE DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - SEGURO DPVAT

PI Nº 013405215080 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: 2018 | DATA EMISSÃO: 15/10/2018

VIA: RENAVAM | CPF / CNPJ: 68446632349 | MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES | PLACA: OIX-2050

ANO MAB: 2012 | ANO CHASSI: 09 | DATA: 09/10/2018

9C2JC4820DR026773

PRÊMIO TARIÁRIO | DESMANTEL (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$)

81,28 | 9,03 | 90,31

4,15 | 0,70 | 165,50

X OUTRAS UNICA | PARCELA APP | DATA DE QUITAÇÃO: 08/10/2018

SEGURO LIDER • DPVAT

CHPJ DN: 245.600.001-04



Sinistro 31901504475

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Francisco Fabio de Souza Lemos
RG 2.419.144 / CPF 047.329.393-62

Residente a Rua Rio 15 de Novembro 24 Cidade de
Braga Grande do Piauí / Bairro: Urbano
UF Piauí CEP 64.525-000

Telefone para contato: (86) 99948.1744 (86) 99981-6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:
Solicitei uma perícia médica DPVAT de meu
fogoneiro, tendo em vista que me pagaram
R\$ 1.687,50, um menor eu teria ido a uma
perícia médica.

Local: Braga Grande Piauí UF/PI DATA 07/10/2013

*Francisco Fabio de Souza Lemos

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504475 **Cidade:** Várzea Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PGS 18,19,20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190504475 **Cidade:** Várzea Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA **Data do acidente:** 19/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PGS 18,19,20 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190504475 Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

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

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190504475 **Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA**

Data do Acidente: 19/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

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

Recebedor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000065935-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190504475

Vítima: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Data do Acidente: 19/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	017.229.393.62	Francisco Fabio de Souza Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Endereço:	Número:	Complemento:
Profissão:	Francisco Fabio de Souza Lima	Rua 15 de Novembro	24	urbano
Bairro:	Francisco Fabio de Souza Lima	Cidade:	CEP:	64.525.000
E-mail:	Francisco Fabio de Souza Lima	Estado:	Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1283 CONTA: 65935 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e/ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**POSSUI ROGUE
DE SEGUROS
29 AGO 2019**

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 31/08/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

X Francisco Fabio de Souza Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 271883.000035/2019-06

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 13/07/2019 - 09:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VÁRZEA GRANDE

Tipo Local

OUTROS

Município

VÁRZEA GRANDE

Endereço

PRAÇA SANTO ANTÔNIO, N°

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

Data/Hora

19/02/2019 14:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

RG: 2419144

Mãe: ANGELINA BARBOSA LIMA

Endereço: CONJUNTO CIOI SCUSA, N°

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Mandado: 000000

1º p. Envolt.: VITIM/A/Noticiante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
29 Ago 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal, acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2015 OIX2050 9c2jc4820dr026775

Renavam:

500392250

Cor:

Preta

Condutor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Cidade: VÁRZEA GRANDE /UF PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVIU A SUA PESSOA E TEVE A SEGUINTE DINÂMICA: O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NO CENTRO DA CIDADE DE VÁRZEA GRANDE, FOI QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO ONDE CAIU NO LOCAL E FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATÉ O HOSPITAL LOCAL, ONDE FORAM FEITOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO ATÉ HOSPITAL DE PICOS ONDE FOI FEITO RAIOS-X E CONSTADO FRATURA NO PÉ ESQUERDO, QUE FOI EM SEGUIDA REALIZADO CIRURGIA. ERA QUI TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA - Vítima
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	017.229.393.62	Francisco Fabio de Souza Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Endereço:	Número:	Complemento:
Profissão:	Rua 15 de Novembro	24	CEP:	017.229.393.62
Bairro:	Cidade:	Estado:	Tel.(DDD):	Urbanos
E-mail:	Brumado Grande do Piauí	Piauí		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1283** CONTA: **65935** **3**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e/ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**POSSUI CONCORTE
DE SEGUROS
29 AGO 2019**

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Brumado Grande do Piauí - 25.08.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

X Francisco Fabio de Souza Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL DE PEQUENO PORTO "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Francisco Cícero de Souza Lima



DATA DE NASCIMENTO

PROFISSÃO

24/08/1984

Bracalhador fixo

SEXO:

MASC: FEM:

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.144

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5677

RACA/COR:

BRANCA

PRETA

AMARELA

PARDA

INDIGENA

SEM INFORMAÇÃO

FILIAÇÃO:

NOTÍCIA DO PAI: João Antônio de Souza
PAI: PAI

NOTÍCIA DA MÃE: Angélica Barbosa Lima
MÃE: MÃE

ENDERECO:

SENTO: Rua 10 de Novembro

MUNICÍPIO:

Várzea Grande

ESTADO:

Brasil

CEP:

64525-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DATA: 10/08/19

HORA 16:49

7.9 AGO 2019

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DPVAT

Francisco cícero velhos de credito inadimplente
velhos com o nome e endereço na base de dados
no nome, nr + endereço + credito

[Signature]

ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA DE VÁRZEA GRANDE

HOSPITAL DE PEQUENO PORTO "CICERÓ RIBEIRO DE ALMEIDA"

Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro

CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284 - CNPJ: 06.554.950/0001-44

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	HP/SA	Para Unidade:	VDT / UNIC
Paciente:	Francisco Freitas de S. Neto		
	Registro		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
<p>Homem 33 anos, vítima de acidente automóvel com dor + estresse em MTC. no exame: cefalox + lindane do ANM</p> <p>HD: Fx de mictite lvt. Dr. Ramon F. de Oliveira</p>			
DATA:	19/03/19	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



FICHA DE RETORNO	
Da Unidade:	Para Unidade:
DIAGNÓSTICO	
HD:	
DATA:	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

29 AGO 2019

PPVAT

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchida em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem.

P.A	PULSO	TEMP	BCPM	SpO2
120x80		34,5		96

DIAGNÓSTICO

Fx Benfeitor

CID 10	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
--------	------------------------

PROCEDIMENTOS REALIZADO

- TERAPIA MEDICAMENTOSA
- PACIENTE EM OBSERVAÇÃO
- CONSULTA MEDICAMENTOSA

PJ CORRETIVO DE SEGURO
7.9.460 2019
DPVA

- CONSULTA ORTOPÉDICA
- PEQUENA CIRURGIA
- IMOBILIZAÇÃO

TRATAMENTO REALIZADO

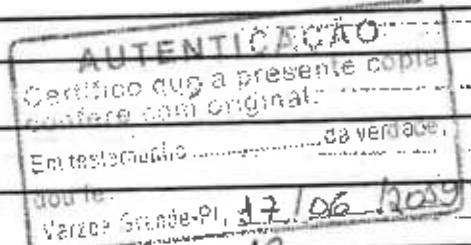
- 1 Anelgyn
- 2 Anelgyn + Cinefase
- 3 Benfeitor

EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia abdominal p/ VDT de
abdomen p/ Benfeitor RX

OUTROS

Poder Judiciário - Estado do Piauí
Comarca de Varzea Grande
Praça Marechal Deodoro da Fonseca s/n
CEP: 64.525-000
Fone: (09) 3471-1266
Cartório Único
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil



ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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: 12/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 00000065935-3

Nr. da Autenticação B8013B86DBFF0F55

Avenida Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 04.840.743/0001-89 | Inscrição Estadual: 10.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-7
Regime especial de impressão autorizado pela SEPI 20/05/98

Mês de leitura: 06/2019 | Faturamento: 17/06/2019 | Emissão: 06/07/2019

Nº da Nota Fiscal:

0426388-0

A Tarifa Socorro Energia Elétrica - Fazendo cumprir
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

022857971

06/06/2019

17/06/2019

30

21,37

DADOS DA LEITURA

JARDILIMA NONATA DA SILVA
R. 15 DE NOVEMBRO 24 S/C B-URBANO
CPF: 000000000000000
Comunidade: 04 - VARZEA GRANDE
Consumo Médico:
Consumo Faturado:

190

Forma de Faturamento:

Código de Leitura/Mês:

Datas da Leitura

Anterior: 10/06/2019

Anterior: 10/05/2019

Próxima Leitura: 07/06/2019

Entregador: 07/06/2019

Apresentação: 10/06/2019

Dia de Consumo: 10/05/2019

Classe/Subclasse: Uso/Estoque

Unidade: 13 Número Medidor: Posto: Código Fis. Média: 17

30 FCAM 07/06/2019

HISTÓRICO kWh: 10/06/2019

Mês/ano consumo MINIMO 31

RESIDENCIAL MONO AZ144136 1.1.1.1 11

MES/19 CONSUMO 30 A R\$ 0,675443 = 20,26

ABR/19 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 1,11

MAR/19 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,20

FEV/19

JAN/19

DEZ/18

NOV/18

OUT/18

SET/18

AGO/18

11 6 6 14 13 16 16 6 8 14

MOTIVADAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

0426388-0 - 022857971

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/06/2019. O não pagamento pode ensejar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. Caso tempo permita o pagamento fique desconsiderar este aviso.

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

Nota para receber passos faltantes de vencimento (Ex: nota faturada dias 1, 6, 11, 16, 21 ou 26, entre em contato por meio das linhas normais de atendimento).

RESERVADO AO PISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	Base de Cálculo:
Energia:	Aliquota IRMS:
Transmissão:	Valor do ICMS: 14800,788F.6C0E.DFAC
Encargos:	Valor do PIS:
Tributos:	Valor do COFINS:
5,47	20,26

10.53. INDICADORES DE CONTINUIDADE

	FIC	CHOC	DICRI
Média: 0,57	Anual: 1,40%	Mensal: 0,49%	0,49%
Último: 1,59			1,31

COMPRA

7,77	34,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

SEU CÓDIGO 0,00 TOTAL A PAGAR - R\$

04/2019 10,52

MÊS FATURADO 04/2019

VENDEDOR

Nº da Nota Fiscal:

06/2019 17/06/2019

022857971 FCAM

83610000000 6 21370017000 3 08000000426 7 38800619008 5



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 AGO 2019
DPVAT

SH S.A.
R. Rio das Cachoeiras Nogueira, 1514
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0326-08 - I.E.: 194445895
CNPJ de Meio: 32.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 100,43

VENCIMENTO
25/06/2019

EMISSÃO: 07/06/2019

POSTAGEM: 14/06/2019

FATURA: 3848694738

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACesso: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBÃO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MINI! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MINI e escolha o benefício de seu interesse. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Desconto TIMPraC Plus 12cm para o número 069999993007.

SERVIÇOS TIM S.A.

VALOR

<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 90,01
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 7,95
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,47

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Todas as mensalidades das ofertas dos seus planos
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/05 a 06/06	199,99
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	12/12	31	07/05 a 06/06	-60,00
Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus	-	-	2/6	31	07/05 a 06/06	-49,98
Subtotal						90,01
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/05 a 06/06	Incluído
Minutos locais e DDD com: 41,	Ilimitada	181m42s	1	31	07/05 a 06/06	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/05 a 06/06	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/05 a 06/06	Incluído
TIM Bárbara Virtual	-	-	1	31	07/05 a 06/06	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/05 a 06/06	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1956

IMPPOSTO TIM S.A.
ICMS 30% R\$ 71,42
FONOPREIS - Serviços Telecom 3,65% R\$ 21,08 FONTEL: R\$ 0,25
FONOTELIS - Serviços Telecom 4,05% R\$ 28,65
POCORNS - Serviços Telecom 2,25% R\$ 15,75

ETN (Ajustamento à Lei 12.224-2010)
As contribuições ao PIS/Pasep e Fonefitec (10%) não são repassadas ao cliente.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Telefonia Móvel
Análise no seu Plano(s)

Plano(s) R\$ 145,48
SVL R\$ 51,50
Desconto(s) Plano(s) R\$ -20,00
Desconto(s) SVL R\$ -24,96

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

TIM

Cliente TIM Móvel com mais comodidade ao cadastrar o contrato de débito automático e ainda ganhar um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento à TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
JUN/2019

DATA DE EMISSÃO
07/06/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/06/2019

VALOR
R\$ 100,43

MA BANCO

646869473-6 00430199011-6 00384869473-7 30121536776-5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

