

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ouidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Sousa Silva

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

Francisco Fabio de Sousa Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 017.229.393 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Francisco Fabio de Sousa Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 017.229.393 / 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>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>			CEP:	<u>64.325-000</u>
				Tel. (DDD):	<u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 25.08.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
 Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, João Antonio de Sousa

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 urbano, 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 Sousa Lima, cujo o condutor era

Francisco Fabio de Sousa Lima

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

Placa: PIX-2050 Chassi: 9CZ-JC4820DR026775

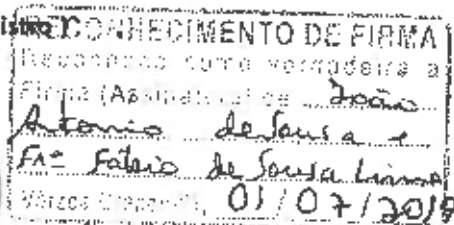
Data do Acidente: 19/02/2019

Local e Data: Varzea Grande - Piauí - Pi

João Antonio de Sousa  
Assinatura do Declarante

Francisco Fabio de Sousa Lima  
Assinatura do Condutor

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



Antonio Pereira da Silva  
Tabelião/Oficial Interino



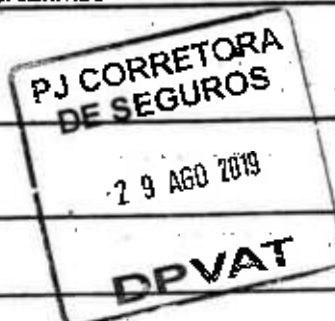
ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA DE VÁRZEA GRANDE  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"  
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro  
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284 - CNPJ: 06.554.950/0001-44

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UPCRA</u>	Para Unidade: <u>UPA / VZAC</u>
Paciente: <u>Francisco Fielles de S. Almeida</u>	Registro
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>	
<u>Portador 33 anos, vítima de ac. subagudo de isquemia com dor + edema em M.I.C. no membro superior + limbo do AMM</u>	
HD: <u>FX de isquemia</u>	<u>M. Francisco F. de S. Almeida</u> Médico CRM 1332
DATA: <u>19/02/19</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

### FICHA DE RETORNO

Da Unidade:	Para Unidade:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
HD:	
DATA: <u>  /  /  </u>	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
120 x 80		39,5		98

### DIAGNÓSTICO

Fx Bursite

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

### PROCEDIMENTOS REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐

CONSULTA MEDICAMENTOSA ☐

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

CONSULTA ORTOPÉDICA ☐

PEQUENA CIRURGIA ☐

IMOBILIZAÇÃO ☐

### TRATAMENTO REALIZADO

- 1) Analgesia
- 2) Sempino + Canela
- 3) Imobilização

### EXAMES COMPLEMENTARES

TERAPIA: Roteiro de exercícios / UFA de  
PACIENTE: Menor / Roteiro RX

### OUTROS

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ  
COMARCA DE VÁZEA GRANDE

Praca Marechal Deodoro da Fonseca S/N

CEP: 64.525-000

Fone: (08) 3471-1200

CARTÓRIO ÚNICO

Tabelionato de Notas, Registro  
de Imóveis e Registro Civil

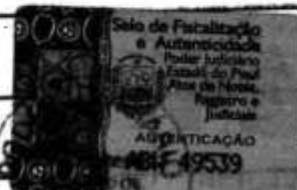
ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico que a presente cópia  
conferir com original.  
Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade,  
\_\_\_\_\_  
Várzea Grande-PI, 17/06/2019

Antonio Pereira da Silva  
Tabelião/Oficial Interino



REGISTRO CIVIL

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UPA</u>	Para
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>Francisco Fábio da Silva Lima</u>	Registro
Motivo do Encaminhamento: <u>A Pessoa apresenta quadro clínico de</u> <u>doença motoneuronal no membro superior.</u>	
Observações:	
Data: <u>1/1</u>	
Responsável pelo Encaminhamento: <u>[Assinatura]</u>	

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

## FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
<div>Hospital: <u>Hospital Municipal</u> CONFERE COM ORIGINAL Data: <u>29/07/19</u> Funcionário: <u>[Assinatura]</u> Heli Pereira dos Santos Filho Supervisor do Serviço de Arquivo Médico e Epidemiologia SA-ME</div> <div>RJ CORRETORA DE SEGUROS 29 AGO 2019 EPVAT</div>	

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

Data: <u>1/1</u>	Responsável pelo Encaminhamento
------------------	---------------------------------



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 Sousa Lima

DATA DE NASCIMENTO

24.08.1984

PROFISSÃO

Enxobalador Rural

SEXO:

MASC: ☒

FEM: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.144

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5677

RACIA/COR:

BRANCA ☒

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

NOME DO PAI: João Antonio de Sousa

NOME DA MÃE: Angélica Barbosa Lima

ENDEREÇO:

SEXO: Rua 15 de Novembro

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525-000

### DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 19/10/19

HORA: 14:44

MOTIVO DO ATENDIMENTO

PARDA

DPVAT

Relato do paciente: acidente envolvendo veículo com o colmo de uma árvore.

Exame físico: normal + colmo + fratura

Dr. Antônio



RECIBO

SENHA Nº 20190219199163

Caráter URGÊNCIA

Nome do Paciente

Nome do Paciente

Nome do Paciente

20190219199163

Endereço do Paciente

Usuário Padrão

Endereço do Paciente: Rua Luz, 100, 2º  
Andar

Telefone: 011 3000-1111

Endereço do Paciente: Rua Luz, 100, 2º

Andar

Hospital Regional Juscelino Kubitschek  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 27/05/19  
Fundação Hospital Regional Juscelino Kubitschek  
Heli Pereira dos Santos Filho  
Supervisor do Serviço de Análise  
Médica e Epidemiológica  
SABE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
29 AGO 2019  
DPVAT



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

Senha 170

SUS

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Nasc.: 24/06/1964 Idade: 34 ANOS, 5 MESES, 26 DIAS Profissão:  
End.: IOIO SOUSA, D - Bairro:  
IBGE: 2211407 Cor: PARDA Mãe: ANGELINA 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 COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 223505  
☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA EXPOSTA

Em 20/07/18 - por acidente mecânico, apresenta fratura exposta em  
tornozelo @ (sic) na região

Exame clínico/físico:

Diagnostico provável:

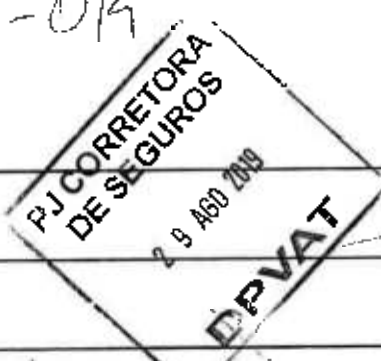
Acidente mecânico de  
fratura exposta do tornozelo.

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

O Paciente em tratamento - OK  
@ @ @ @ @

Procedimentos/exames realizados:



Ass. Técnico  
Lucilla Bezerra Moura  
Médica Ultrassonografia  
CRM: 5115

Ortopedia

→ Paciente vítima de trauma em pé/torço @

Após estudo radiográfico evidenciou-se fratura em malha lateral @

Dr. A. W. S. P. A. G. M.

Tatiana G. M.

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 19/02/2019  
Fundador: Heli Pereira dos Santos  
Supervisor: Serviço de Atendimento Médico e Estomatológico  
SAME  
Dr. Gustavo Felix  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5115

Vitória Régia da Silva Sales  
Enfermeira  
COREN-PI 12.273



Atendimento	1058341
Data:	19/02/2019
Hora:	23:30

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

Nº AIN
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: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/98 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF: 017.228.393-62 RG: 2419144 CNS: SIS Prenatal:

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

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

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

Responsavel: FRANCISCO IZALBERTO DE SOUSA LIMA - 89 99900-0326 - IRMAO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

### Resultado

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

Transferido

### História Clínica

Diagnóstico Provável

PJ CORRETO  
DE SEGUROS  
29 ABR 2019  
DPVAT

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: / /  
Fundador: Heli Pinheiro dos Santos Filho  
Superior do Serviço de Arquivo  
Médico e Estatística  
SAME

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 Sousa Lima Prontuário: \_\_\_\_\_D.N.: 24/08/1984 Sexo: M F:Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Data Cirúrgica: 27/10/2019

## Antes da indução anestésica

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

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 &gt; 500ml (7ml/kg para crianças)?

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

## Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico 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 anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada 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 anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma 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 Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

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

assinatura-COREN

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	C 21-98		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
19/02/2019	① Dita oral livre ② SFOx 1000 mg (TV) p/ 24hs ③ Dipirona 300mg (TV) 60ls ④ Ibuprofeno 400mg - Comprimido + 100ml SFOx ⑤ Pley ⑥ Paracetamol 500mg (TV) 8/8hs ⑦ Bromoprida 10mg (TV) 8/8hs ⑧ Celestina 2g (TV) separar! ⑨ Celestina 1g (TV) 8/8hs ⑩ Lincos 600mg ⑪ Hial 200mg (TV) 12/12hs	24 24 24 24 24 24 24 24 24 24	06 06	23 25: Admitido para submissão de o seu tratamento ortopedico. Fratura TNE (E). Vítima aciden- te motocicleta (SFO). No local encontra-se a vítima.	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Gustavo Félix</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 15.511</p> </div> <div> <p>Assinatura do Médico</p> </div> </div>					

Phonogram / Cerephron / N/A / KP  
Unica / Cuckoo / Ghose











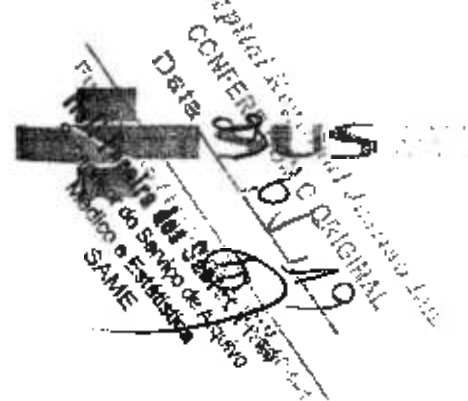


Feb Feb. 2



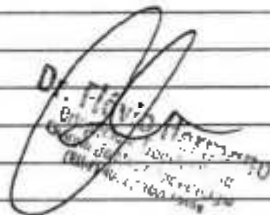
Deborah Luz Martins  
ENFERMEIRA  
COREN-PI Nº 505.578

**Luz Martins**  
**ENFERMEIRA**  
**REN-PI Nº 505-51**



SECRETARIA  
ESTADUAL DE  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Pedro F. de S. Lima</i>	ALA C	APTO <i>021</i>	LEITO <i>08</i>	R. MET.
HD: <i>Fx TNZ</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<p><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p> <p>DATA: 26/02/2019</p> <p>1. DIETA ORAL LIVRE</p> <p>2. JELCO SALINIZADO</p> <p>3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt;160 OU PAD&gt;110 MMHG</p> <p>4. DÍPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N</p> <p>5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N</p> <p>6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ml. EV 8/8 h, S/N</p> <p>7. CCGG+SSVV</p> <p>8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H</p>				
		<i>Atenção</i>	<p><i>As 9:55hs. realizado</i> <i>Exame físico em A.D. P.R.</i> <i>F.O. limpa e seca, piquet</i> <i>na área com uso de gaze</i> <i>Gema intercomitente. Est.</i> <i>de. esp. Wilson. Menos</i> <i>Triclos</i></p> <p><i>As 15:15 hs. aferição</i> <i>SSVV. PA: 110x70mmHg</i> <i>P: 80 bpm. R: 20 rimp. T: 36.4°C</i> <i>Est. de. esp. Wilson. Menos</i> <i>Triclos</i></p> <p><i>As 20:15 hs. PA: 110x70mmHg</i> <i>P: 56 bpm. R: 20 rimp. T: 36.4°C</i></p>	
		<i>12</i>		

Deborah Luz Martins  
ENFERMEIRA  
COREN-PI nº 505.579

Dr. Flávio  
Médico  
16/02/2019 10:00

Hospital Regional de Saúde  
 CONF. E REG. CCMG  
 Data: 27/02/2019  
 Original  
 Fundador  
 Heli Par  
 Supervisor  
 SAMB  
 Grupo de Apoio  
 SAMB



SECRETARIA  
 ESTADUAL DA  
 SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA	ALA C	ENF 21	LEITO 98	R. MET.
ID: FX DO TORNOZELO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES		
DATA: 27/02/2019 1. DIETA ORAL ZERO (hande a 23:00h) 2. SF 0,9% - 1000ML IV EM 24 HORAS 3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS 4. DAPIRONA 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		AS 9:15h REALIZADO CURATIVO EM MJE (TORNOZELO) FERIMENTO LIMPO E SECO. SEM INTERCORRÊNCIAS. EST. TEC. ENF. GLESA ERIDA. INVICTUS AS 14:50h AFERIDO SSUL. PA 110x70 MMHG T 36,0°C. R 20. BPM. P 72 BPM. EST. TEC. ENF. GLESA ERIDA. INVICTUS Paciente submetido a ostomia sintese homogenea sob efeito de roqushoreline para injeção... 4h 21:00h PA 110x80 mmHg Tec. Gnt. J. Almeida Nº 2335-70		
10. Raro - x do tornozelo OK				

Deborah Luz Martins  
 ENFERMEIRA  
 COREN-PI Nº 505.578

# HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

ENF: 03 LEITO: 98 APTO: ALA

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE  
Data: 28/02/14  
Furtili Patrícia  
Supervisor do Serviço de Emergência  
Médico SAME

NOME: Franklin Fábio

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÃO

28/02/14

01-DIETA livre

sub

As 9:32h realizada curatela em MJD (Pe.) F.O. limpa e seca, pequenas áreas es-

02-SF 0,9% 1000ML IV 14

GOTAS/MIN

selo Induslizado

concores. Exat. pontos de

03-OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA

umente sangrantes aplica-

04-DIPIRONA 1G + AD IV DE 6/6H

12 18 24 06

do redução de AGE. Sem

05-TILATIL 40MG + AD IV 12/12 H

12 18 24 06

intercorrências. Est. T. e. En.

06-TRAMAL 50MG + AD IV 5/5H

12 18 24 06

Enf. Victorina para Inu-

07-CEFTRIAX 1G + AD IV 12/12 H

12 18 24 06

Enf. Victorina para Inu-

08-SSVV + CCGG

12 18 24 06

Enf. Victorina para Inu-

09. Curatela

11

Enf. Victorina para Inu-

Ronaldo Cortez Barros  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM 2925  
CPF: 678.584.193-00

01.03.14

Paciente evolui m/  
bons  
Ao sair: F.O. de

sem exposto BPP

CP: Alto Hospital



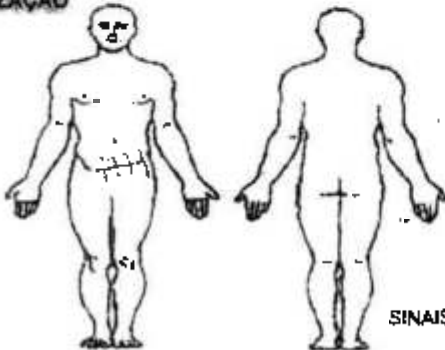
Deborah Luz Martins  
ENFERMEIRA  
COREN-PIN 505.578

# REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

Pct: Francisco Fabo de Sousa Lima

CIRCULANTE Marcial Fermine SALA Nº 04  
ENTRADA NA SO 17:10 INÍCIO DA ANESTESIA: 17:25 INÍCIO DA CIRURGIA 17:30  
SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA 18:10  
CIRURGIA PROPOSTA: Osteonite de Tornozelo (E)  
CIRURGIA REALIZADA: A proposta  
CIRURGIÃO: Dr. Fec. Junior ANESTESIOLOGISTA: Dr. Eduardo INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
ASSISTENTES: 1º Dr. Geraldo CRM \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**MONITORIZAÇÃO**



**SÍMBOLOS**

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 115x73 SATO 99% FC 66 bpm  
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 111x69 SATO \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

**TIPO DE ANESTESIA**

☒ Raqui

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO

☐ BLOQUEIO AXILAR

☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

☐ BLOQUEIO PERIBULBAR

☐ GERAL COMBINADA (V+I)

☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA

☐ LOCAL Raqui

☐ PERIDURAL

☐ SEDAÇÃO

☐ SEDAÇÃO + LOCAL

☐ TÓPICA

☐ GERAL COM CATETER

☐ SEM CATETER

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_

☐ COM CUFF

☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_

☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

**POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA**

☒ DORSAL

☐ VENTRAL

☐ GINECOLÓGICA

☐ LITOTOMICA

☐ LATERAL ESQUERDO

☐ LATERAL DIREITO

☐ SENTADA

☐ SEMI-FOWLER

☐ TRENDELEMBURG

**PREPARO DA PELE**

DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR

☒ PVPI DEGERMANTE

☐ PVPI ALCOÓLICO

☐ EQUIPE MÉDICA

☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

☐ CLORO-HEXIDINA ALCOÓLICO

☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☒ PVPI TÓPICO

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

☐ CATETERISMO VESICAL

☐ TRICOTOMIA

☐ PASSAGEM SNG

☐ FUNÇÃO VENOSA

☐ ASPIRAÇÃO

☐ MSD

☐ MSE

☐ OUTROS \_\_\_\_\_

☐ GLICEMIA CASUAL \_\_\_\_\_ mg/dl

**COLETA DE AMOSTRAS**

☐ SNG Nº \_\_\_\_\_

☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

☐ COLETOR

☐ UROSTOP

☐ AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UND.

☐ SNG Nº \_\_\_\_\_

☐ LANCETA \_\_\_\_\_ UND.

☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

**GARROTEAMENTO**

TIPO \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_

INÍCIO 17:25 TÉRMINO 18:13

☐ GARROTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmHg

☐ NÃO SE APLICA

☐ COXA

☐ PANTURRILHA

**SERVIÇOS SOLICITADOS**

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ LABORATÓRIO

☐ KX

☐ NÃO

☐ SIM

☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ OUTROS \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_ Nº DE FRASCOS \_\_\_\_\_

NÃO SE APLICA



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

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Francisco de Sá Silva - Mãe: Sônia - Lima				27/02/19		
PROCEDIMENTO: <u>Catequese de tornazele</u> (10)				SALA: <u>4</u>		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM	
SERINGA 1 ML/3 ML		01			ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML		02 + 02			BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML					ASPIRADOR <input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL					AUTOCLAVE <input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO					INSTRUMENTAL CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12		1			ULTRASSON <input type="checkbox"/>	
ALGODÃO					STIMUPLEX <input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA		02				
PVPi <u>Dequimante / Copiar</u>		200	ml			
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE		03				
ATADURA COM CREPOM		03				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA		01				
LIDOCAÍNA <u>2/1000</u>		05	ml			
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL		01				
DIPIRONA		02				
CEFAZOLINA <u>1/2 gr</u>		01	amp.			
FENTANIL		01				
FLUMAZENIL						
PLASIL <u>Bromoprida</u>		01				
VITAMINA K <u>Paritidina</u>		01				
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON <u>2.0 / 3.0</u>		02 + 01				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE		30	pcs			
ESPARADRAO		30	cm			
LÂMINA DE SIST. ORT.		01				
LUA ESTÉRIL		02 + 03				
LUA DE PROCED. ORT.		05	pacotes			
SORO FISIOLÓGICO		10	pacotes			
SORO GLICOSADO						
MANITO						
RIKBER LIG.						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		01				
TNOXICAM						

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
17:30	18:10	
OPERAÇÃO: <u>Opt. de tornazele</u> (E)		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fco. Pinier</u>		
AUXILIAR: <u>Dr. Geraldo</u>		
ANESTESISTA: <u>Dr. Eduardo</u>		
TIPO DE ANESTESIA: <u>Raqui</u>		
INSTRUMENTADOR:		
OCORRÊNCIAS: <u>sem intercorrências</u>		

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
29 AGO 2019  
DPVAT

MÉDICO: Francisco de Sá  
 ENFERMEIRA(O): Denise  
 TÊC. ENFER.: Marcia Firmo  
 COREN: 1194776 TE

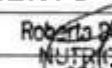
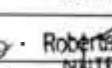
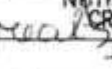
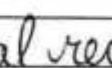

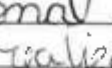
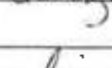
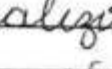
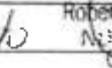
Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

## FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <u>Fernando Gabriel de Jesus (m)</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>21/02/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <u>APJE</u>						
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	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					
LÍQUIDOS	SO. UTO					
	SANGUE					
	OUTROS					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V O PULSO						
INICIO E FIM ANESTESIA X						
INICIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
					SEQUÊNCIA	
					1 <u>Indução com Propofol 20mg</u>	
					2 <u>Propofol 20mg</u>	
					3 <u>Propofol 20mg</u>	
					4 <u>Propofol 20mg</u>	
					5 <u>Propofol 20mg</u>	
					6 <u>Propofol 20mg</u>	
					7 <u>Propofol 20mg</u>	
					8 <u>Propofol 20mg</u>	
					9 <u>Propofol 20mg</u>	
					10 <u>Propofol 20mg</u>	
					11 <u>Propofol 20mg</u>	
					12 <u>Propofol 20mg</u>	
					13 <u>Propofol 20mg</u>	
					14 <u>Propofol 20mg</u>	
					15 <u>Propofol 20mg</u>	
					DURAÇÃO	
					INCIDENTE / ACIDENTE	
TÉCNICAS						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDICÕES POS-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 <i>Francisco Fábio de Sousa Lima</i>			
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:
DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO		
20/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
21/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
22/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
23/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
24/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
25/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
26/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
27/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
28/02/19	<i>Atendimento nutricional realizado</i>  Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRM 22259		
<div><div><p>CONFERE COM O ORIGINAL</p><p>Data: <i>27/02/19</i></p><p>Funcionário: <i>Matheus</i></p><p><i>Matheus</i></p><p>Heli Pereira dos Santos Filho Supervisor do Serviço de Arquivo Médico e Epidemiologia SAME</p></div><div><p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p><p>29 AGO 2019</p><p>DPVAT</p></div></div>			

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)  
909 603 611 795 677  
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  
JOIO SOUSA, 0 -  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
VARZEA GRANDE  
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO  
2211407  
15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64525-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Paciente vítima de acidente automobilístico, envolvido com tranqueiro em  
TNE @ Bilando e fratura bimalar de TNE @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

20r / internação necessária

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

Exames + Exame físico Estudo radiológico  
DIAGNÓSTICO INICIAL  
Fratura bimalar de TNE @  
21 - CID PRINCIPAL  
S82.6  
22 - CID SECUNDÁRIO  
23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Fratura bimalar de TNE @  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
04.08.03.049-7  
26 - CLÍNICA  
Ortopedia  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
Urgência  
28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF  
037.953.883-09  
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
Dr. Gustavo Felix  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
19/09/2019  
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)  
Dr. Gustavo Felix  
CRM-PI 5111 CRM-MA 9916

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  
M220800001  
45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Dr. Osvaldo Alves Costa  
Médico Auditor SMS - Picos  
Cartão SUS 100.590.547.830.000  
CPF 011.541.113-49/CRM-PI 314

Assinatura paciente/Responsável

Francisco S. S. Silva



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

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Francisco Fátima de Sousa Lima	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO		DATA	27/04/19	HORA	

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura do tornozelo (E)

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA 27/04/19 INÍCIO DA CIRURGIA FIM DA CIRURGIA

## CIRURGIA PROPOSTA

CIRURGIA REALIZADA

Osteossintese do tornozelo (E)

TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA ☐ REINTERNAÇÃO☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

1. Paciente em posição supina
2. Aspirar + anti-espasmo + gesso de corpo inteiro
3. Incisão no manguito medial + drenagem por pleom + redução de fratura do manguito lateral + colocação de placa DCP 3.5 cm 07 parafusos 06 pontos
4. Incisão medial no manguito + drenagem por pleom + sutura do manguito do manguito medial
5. Redução de manguito medial + punção de 02 pontos medulares
6. Ligeira de 20,4°
7. Curativo

## INTERCORRÊNCIAS

8. Curativo

## ANTIBIOTERAPIA

☐ NÃO ☐ SIM

## ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS:

Nº DE PEÇAS:

LOCALIZAÇÃO:

## MATERIAIS ESPECIAIS

☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO:☐ ORTESE/TIPO:

## MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA

ANESTÉSICO

DURAÇÃO

ANESTESISTA

CIRURGIÃO

1º CIRURGIÃO AUXILIAR

2º CIRURGIÃO AUXILIAR

CREMEB

CREMEB

CREMEB

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

*Francisco Fábio de Sousa Lima*

CARTILHA DE IDENTIDADE




LOGO CORREIOS

Emenda

Declaro que esta emenda foi feita em conformidade com o art. 170, inciso I, da Constituição Federal de 1988.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2019

DPVAT

INSCRIÇÃO NACIONAL

25.09.02

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

João Antonio de Sousa

Angelina Barbosa Lima

Várzea Grande -PI 24/08/1984

Nasc. 7.738, Liv. 11, Fls. 59

Exp. Várzea Grande-PI 19.03.87

Francisco Fábio de Sousa Lima

2.19.14

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

017.229.393-62

Nome

FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Nascimento

24/08/1984







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170346716 Nº 013405215080

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 500392250 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JOAO ANTONIO DE SOUSA

68446632349 PLACA DIX-2050

9C2JC4820DR026775 CHASSI

PAS/MOTONETA /NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES ANO PAS 2012 ANO NDO 2013

002P/124CC CATEGORIA PARTIC PRETA

1 1º IPVA 2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO EGIU PAGO 8 BRIGATORIO

SEN RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

VARZEA GRANDE 15/10/2018

ARCO MESTRES DO REGISTRO

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - 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 1 68446632349 CPF / CNPJ PLACA DIX-2050

RENAVAM 500392250 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB 2012 ANO TERC 09 Nº CHASSI 9C2JC4820DR026775

PAS (R\$) 81,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 10F (R\$) 0,70 TOTAL A RECEBER DO SEGURO (R\$) 185,50

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/10/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 08.248.808/0001-04

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
29 AGO 2018  
DPVAT

Sininho - 31901504475

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Francisco Fábio de Sousa Lima  
RG 2.419.144 / CPF 047.229.393-62  
Residente a Rua Rua 15 de Novembro 24 Cidade de  
Itapecuru Grande do Piauí / Bairro: Urbano  
UF Piauí CEP 64.525-000

Telefone para contato: 86199948.1744 186199981.6008

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

Solicito uma Perícia médica DPVAT de meu  
processo atendo sem custos que me pagaram  
R\$ 1.687,50, sem meus eu ter ido a uma  
perícia médica.

Local: Itapecuru Grande - Piauí UF: Pi DATA 07/10/2019

Francisco Fábio de Sousa Lima

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

**Valoração 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

**Valoração 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

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

---

**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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 017.229.393-62 Nome completo da vítima: Francisco Fabris de Sousa Lima

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

Nome completo: Francisco Fabris de Sousa Lima CPF: 017.229.393-62

Profissão: Trab. Rural Endereço: Rua 15 de Novembro Número: 24 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Bonzeza Grande do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.525-000

E-mail: Recusar-se Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65935 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo 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 evento.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estatu civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bonzeza Grande - PI 25.08.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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-fé ciência do conteúdo do formulário 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: 10/07/2019 - 09:37

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VÁRZEA GRANDE

19/02/2019 14:00

Tipo Local

OUTROS

Município

Bairro

VÁRZEA GRANDE

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PRAÇA SANTO ANTÔNIO, Nº

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

Tipo Envolvido: VITIM/Ausultante

RG: 2419144

Mão: ANGELINA BARBOSA LIMA

Endereço: CONJUNTO OI OI SOUSA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Mandado: 000000



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corpora. acidental no trânsito.

**VEICULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA BIZ 125

OIX2050

9c2jc482Gdr026775

500392250

Preta

Condutor: FRANCISCO FABIO DE SOUSA LIMA

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O DECLARANTE VEIO ATE 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 VEICULO ONDE CAIU NO LOCAL E FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATE O HOSPITAL LOCAL, ONDE FORAM FEITOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO ATE HOSPITAL DE PÍCOS ONDE FOI FEITO RAIO-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 - Viciante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 017.229.393-62 Nome completo da vítima: Francisco Fabris de Sousa Lima

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

Nome completo: Francisco Fabris de Sousa Lima CPF: 017.229.393-62

Profissão: Trab. Rural Endereço: Rua 15 de Novembro Número: 24 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Bonzeza Grande do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.525-000

E-mail: Recusar-se Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65935 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito reconhecendo 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 evento.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estatu civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bonzeza Grande - PI 25.08.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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 Sousa Lima

DATA DE NASCIMENTO

24.08.1984

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC: ☒

FEM: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

2.419.144

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

709 6036 1179 5657

RACIA/COR:

BRANCA ☒

PRETA ☐

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

João Antônio de Sousa

MÃE:

Angela Barbosa Lima

ENDEREÇO:

Rua 16 de Novembro

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

### DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 19 / 08 / 2019

HORA: 14:49

29 AGO 2019

### MOTIVO DO ATENDIMENTO

PARCELA

DPVAT

Paciente vítima de acidente envolvendo  
veículo com o qual estava dirigindo

(E)

no semi-camionete + colisão + fratura

SIGNATURA:

Assinatura



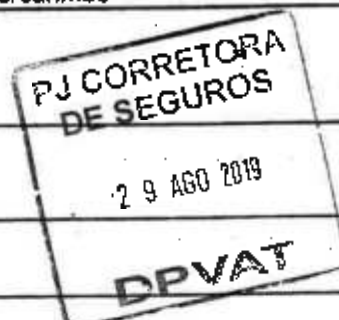
ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA DE VÁRZEA GRANDE  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"  
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro  
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284 - CNPJ: 06.554.950/0001-44

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UDCBA</u>	Para Unidade: <u>UDM / UZGZ</u>
Paciente: <u>Francisco Frederico de S. Almeida</u>	Registro
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>	
<u>Paciente 35 anos, vítima de ac. subaguda</u> <u>crônica com dor + estenose em M1C.</u> <u>no pulmão: crepitações + líquido do AMM</u>	
HD: <u>EX de pulmão Int.</u>	<u>Dr. Ramilson F. de S. Dantas</u> <u>MEDICO</u> <u>CRM 10000</u>
DATA: <u>19/03/19</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

### FICHA DE RETORNO

Da Unidade:	Para Unidade:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
HD:	
DATA: <u>  /  /  </u>	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
120 x 80		34,5		98

### DIAGNÓSTICO

Fx Bursite

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

### PROCEDIMENTOS REALIZADO

TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐

CONSULTA MEDICAMENTOSA ☐

PJ CORRETO  
DE SEGURO

29 AGO 2019

DPVA

CONSULTA ORTOPÉDICA ☐

PEQUENA CIRURGIA ☐

IMOBILIZAÇÃO ☐

### TRATAMENTO REALIZADO

- 1) Analgesia
- 2) Soro + Curativo
- 3) Imobilização

### EXAMES COMPLEMENTARES

### OUTROS

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ  
COMARCA DE VARZEA GRANDE  
Praça Marechal Deodoro da Fonseca S/N

CEP: 64.525-000

Fone: (88) 3471-1266

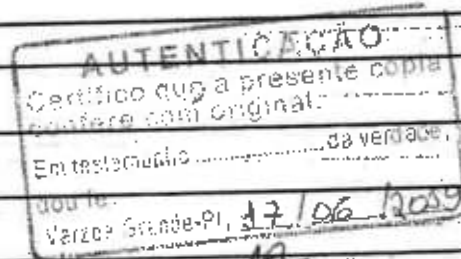
CARTÓRIO ÚNICO

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



Antonio Pereira da Silva  
Tabelião/Oficial Interino



# 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: 000000065935-3

---

Nr. da Autenticação B8013B86DBFF0F55

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.743/0001-89 / Insc. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 6-7  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PI

Para ser emitida  
em nome de: **CELESA**  
ou **CELESA/PI**

Nº da Nota Fiscal

0426383-0

A Tuita Sociedade de Energia Elétrica - PSC 0001  
pela Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
		022857971	

JUNHO/2019

17/06/2019

30

21,37

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
ADILINA NONATA DA SILVA R. 15 DE NOVEMBRO 24 S/C B-URBANO CEP: 00000000000000 Consumo Medido: Consumo Faturado: 190	Atual: Anterior: Próxima Leitura: Envelhecimento: Apresentação: 10/06/2019

Forma de Faturamento:	Classe/Subclasse	Uso	Unidade Consumidora	Posto	Código	Medida
190 de irregularidade	13	13	30	FCAM	10/06/2019	10/06/2019

HISTÓRICO kWh	MINIMO	DESCRICO DA CONTA
RESIDENCIAL MONO A2144136 1.1.1.1 11 CONSUMO 30 A R\$ 0,675443 = 20,26 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 1,11 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,20		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

U A 30 - 0.022854

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/05/2019. O não pagamento por 30 dias suspenderá a inclusão da nova do consumidor na SEGEN. Caso tenha recebido o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: Energia: Transmissão: Encargos: Tributos:	Base de Cálculo: Alíquota ICMS: Valor do ICMS: Valor do PIS: Valor do COFINS:
3964. A684. 843A. 1114	20,26
5,47	
10,55	
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Mensal Anual Mensal Anual	FC DBC DBC
1,77	1,40%
0,07	0,49%
1,59	1,31

7,77	14,53	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						TOTAL A PAGAR - R\$
04/2019						10,52

NOVO ORÇAMENTO

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.743/0001-89 / Insc. Estadual 19.301.383-5

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

04/2019

17/06/2019

Nº da Nota Fiscal:

06/2019

17/06/2019

022857971 FCAM

8361000000 6 21370017000 3 00000000426 7 38800619008 5



SEQ.: 00038 UC: 0426383-0 DT. LEIT.: 10/06/2019 T. ENTR.: 03  
LEITURA: 190

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
29 AGO 2019  
DPVAT



SH 5.4  
R. da Liberdade Nogueira, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.471/0026-06 - I.E.: 134445895  
CNPJ do Membro: 02.421.471/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 4

**R\$ 100,43**

**VENCIMENTO**

**25/06/2019**

EMISSION: 07/06/2019

POSTAGEM: 14/06/2019

FATURA: 3848694738

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

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com a TIM PRA MIM! 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 MIM e escolha o benefício de seu interesse. Confira nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Desconto TIM Pás C Plus 12m para o número 8699993007.

Serviços TIM S.A.

VALOR



Oferta TIM Pás C Plus

R\$ 90,01



CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 7,35



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 Pás C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pás C Plus

Desc Relac 25% Oferta TIM Pás C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA

CONSUMO

QUANTIDADE

Nº DIAS

PERÍODO

VALOR

-

-

1

31

07/05 a 06/06

199,99

-

-

12/12

31

07/05 a 06/06

-60,00

-

-

2/6

31

07/05 a 06/06

-49,98

-

-

-

-

-

90,01

10GB

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

Ilimitada

183m42s

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

1

31

07/05 a 06/06

Incluído

-

-

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, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPASTO TIM S.A.

ICMS

PIS/COFINS - Serviço Telecom

PIS/COFINS - Serviço Não Telecom

PIS/COFINS - Serviço Não Telecom

FRANQUIA BASE DE CÁLCULO

33%

3,65%

4,65%

3,25%

VALOR POST: R\$ 0,48

R\$ 22,08

R\$ 0,25

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (em R\$ por mês)

Franquia) R\$ 145,48

SVR. R\$ 51,90

Descontos) Franchising) R\$ -20,02

Descontos) SVA R\$ -29,96

Em atendimento à Lei 8245-2012

As contribuições do PIS e COFINS não são repassadas sobre os totais

**TIM**

Cliente TIM Móvel com mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a central de atendimento 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

84680000031 - 6

00430109011 - 6

00384869473 - 7

30121536776 - 5

MA BANCOS

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

