



Número: **0837276-61.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA (AUTOR)		ARTHUR LENNON ALVES MENESES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10253989	15/06/2020 14:02	<a href="#">PROC ADM</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 516001965	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 60423	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> CIRURGIA GERAL		
<b>PACIENTE:</b> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		<b>NASCIMENTO:</b> 09/06/1993

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T. BNFAP MV + SEM RAPA: 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

**DIAGNÓSTICO(CID):** OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABEÇA

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 160x110(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:** 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPIRONA

**DATA:** 10/02/2019 23:50:37

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**OBS:** O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.



17.577.205/0002-18  
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO  
Avenida Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa  
CEP: 64012-000  
Teresina - PI



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 516001965	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 60423	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3257		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DR. TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> CIRURGIA GERAL		
<b>PACIENTE:</b> FRANCISCO CLEITON FERREIRA LIMA		<b>NASCIMENTO:</b> 09/06/1993

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, RNAP MV - SEM RAPA. 100 X 110 MMHG PRESENÇA DE MÚLTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

COMPUTOGRÁFICO DE CRÂNIO

**DIAGNÓSTICO(CID):** OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABEÇA

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 160x110 (mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:** 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 1 **USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

RINGER LACTATODIPLOMA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina, PI

**DATA:** 10/02/2019 23:50:37

Joedson da Silva Barbosa  
Médico  
CRM - PI 3532

MEDICAMENTO RESPONSÁVEL E LOJA DE ENTREGA / CARIMBO

9.30. 130x90x40

Handwritten signature and stamp.





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde - FMS



253289  
05.522.917/0029-70  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA  
PROF. ZENON ROCHA  
Rua Dr. Otto Tito, N° 1820  
Redenção - CEP: 64.017-770  
Teresina - PI

# Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Nome do Paciente (preencher sem abreviar) **BULO. NOXILU** Nº Cartão SUS **8880034L552712**

Nome do Paciente (preencher sem abreviar) **FRANCISCO KLETON FERNES LEITE** Raça/Cor

Nascimento **09/06/1983** Idade **35 anos** Sexo ☒ Masc. ☐ Fem. RG / CPF

Nome da Mãe **ROSANGELA FERNES LEITE** CEP **64000-000**

Endereço (Logradouro, Número/Lote) **Rua Brasil 1127**

Bairro **Santa Maria Codipi** Complemento

Município **TERESINA** UF **PI** Fones **(86) 99482-3002**

Dados Clínicos **Fratura de condilo (Tratamento conservador).**

**Encaminhamento Ambulatorial**

Data **16/02/2019** Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde **Dr. Wesley Lima Andrade**

Esp. **Ortopedia e Traumatologia**

Local do Atendimento **HCU** CRD-4033 PI

Endereço (Logradouro, Número/Lote)

Nome do Profissional de Saúde **Antônio Henrique Baper Fina**

Data e Hora do Comparecimento **16/02/2019 às 13:30**

Carimbo/Assin. Respon. pelo Agendamento **Dr. Wesley Lima Andrade**

Esp. **Ortopedia e Traumatologia**

Bol. **Ortopedia e Traumatologia**

CRD-4033 PI

## CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.  
Só entregue esta ficha se houver atendimento.  
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.  
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



# SUMÁRIO DE ALTA

 <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02		Prontuario: <b>198681</b> Internação: <b>232852</b>		
Nome: <b>FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA</b> End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 09/06/1993	Idade: 25a8m2d	Estado Civil: União Estável	Profissão: SERVENTE
Internação		Alta		Permanência
Data 11/02/2019	Hora 17:36	Data 14/02/2019	Hora 10:30	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.  
Rua Coelho de Rocha 465 Loja 6  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Diagnósticos: *Estrutura de mandíbula (condilo).*

CID Principal:	Cod. CID:
CID Secundário:	
CID Causa Mortis:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Exatidão em fase nutricional e inserção em fase.*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Estrutura de condilo, com variedade de tratamento ortopédico, tratamento conservador.*

MEDICAÇÕES:

*Amoxicilina 500mg / Clindamicina 100mg / Dipirona 500mg.*

CIRURGIA: Data: *11/02/2019* Tipo:

*Revisão de sutura da pele na face após hematócrito.*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Encaminhamento Ambulatorial, encaminhamento para Otorrinolaringologista.*

Tipo de Alta: ( ) Curado (x) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

Dr. Wesley Lima Andrade  
Especialista em Traumatologia  
Buro Maxilo Facial  
CRO 4033 PI

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



14/02/2019

Comprovante de Agendamento

**FUNCAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA**  
**COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES**

Ctrl: 1003e1d-da8366f4-3947edf-a1c56ced

Cadastro: 14/02/2019 12:57:27

Agenda: 12454331

Usuário: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Cartão SUS: 708505327143878

Local de Atendimento: HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

Endereço: CAMPOS UNIVERS MINIST PETRONIO

PORTELA, S/N

Fones: (06) 228-5248

Profissional: CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA

CBO: CIRURGIÃO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL

Emissão: 14/02/2019

Autorização: 3174211905

Nascimento:  
09/06/1993

Telefone:  
(86)9482-3001

Município:  
TERESINA

Bairro: ININGA

**Procedimento(s):**

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO  
ESPECIALIZADA EXCETO MEDICO Qtde: 1

Comparecimento (Data, Hora): Segunda, 25 de Fevereiro de 2019 as 07:00

Apresentar este comprovante no ato do atendimento

Não assine nada em caso de não haver atendimento

Apresentar-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo Responsável pelo Agendamento





**SUS****Central de Regulação de Consultas**

Nº 0206928

05.022.9170012-02  
Hospital de Urgência de Teresina  
Dr. Zenon Rocha  
Rua Dr. Otto, 1826 - Rod. 158  
CEP: 64.017-776  
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Ficha para Agendamento de Consulta	
Especialidade	Nº Cartão SUS
<i>Butomoxilofacial</i>	<i>8880034LS51212</i>
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)	
<i>Francisco Kliton Firmino Leino</i>	
Nascimento	Sexo
<i>09/10/1993</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
RG / CPF	
Nome da Mãe	
<i>Rosa Eudine Mesquita LL27</i>	
CEP	
<i>64000-010</i>	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
<i>Rua General Mesquita LL27</i>	
Bairro	
<i>Santa Maria Cedipi</i>	
Complemento	
Município	UF
<i>Teresina</i>	<i>PI</i>
Fones	
<i>(86) 99482-3001</i>	
Dados Clínicos	
<i>Paciente apresenta lesões em face e perda de substância, sintomas do conduto.</i>	
<i>Encaminhamento para dermatologista.</i>	
Data: <i>14/02/2019</i>	
Carimbo/Assinatura do Profissional de Saúde	
<i>Esp. Cirurgia e Dermatologia</i> <i>Rosa Wailo Pácal</i> <i>(RG 40591)</i>	
Dados do Agendamento	
Local de Atendimento	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
Nome do Profissional de Saúde	
Data e Hora p/ Comparecimento	
<i>/ / às :</i>	
Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	
<i>[Assinatura]</i>	
Nº DA AUTORIZAÇÃO	

**CARO USUÁRIO.**  
Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.  
Só entregue esta ficha se houver atendimento.  
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

NOME DO PACIENTE: Francisco Kleyton F. Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 198.681

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".







**Piauí**  
GOVERNO DO ESTADO

**REGISTRO DE ATENDIMENTO**  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU  
US4 do SAMU Estadual - Piauí



**SAMU**  
**192**

DATA DO CHAMADO <b>11/02/19</b>	Nº DO CHAMADO <b>1525</b>	CÓDIGO PRO <b>2912</b>	SAÍDA DO PA <b>10:40</b>	CHEGADA 1º HOSPITAL <b>11:10</b>
SAÍDA 1º HOSPITAL <b>11:29</b>	CHEGADA 2º HOSPITAL <b>11:50</b>	SAÍDA 2º HOSPITAL	RETORNO 1º HOSPITAL	CHEGADA AO PA

HOSPITAL DE ORIGEM <b>Hospital Municipal de Parnaíba</b>	TIPO DE OCORRÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Realização de Exame <input type="checkbox"/> Já Removido	<input type="checkbox"/> Neonato <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Adulto
HOSPITAL DE DESTINO <b>HUT</b>		

NOME <b>Francois Clinton Ferreira Lima</b>	IDADE <b>24a</b>	DATA DE NASCIMENTO <b>09/06/93</b>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CONTATO			

ALERGIA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	DOENÇA PRÉ EXISTENTE	MEDICAMENTO DE USO
---	----------------------	--------------------

ESTADO GERAL <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado	RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> ABDOME <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Gravídico	PELE <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Feridas <input type="checkbox"/> Fraturas	DIURESE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo	SINAIS VITAIS Pulso <b>104</b> bpm Sat O2 <b>98</b> % PA <b>130 x 90</b> mmHg Respiração _____ rpm Temperatura _____ °C	DISPOSITIVOS <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Dreno do tórax
NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Ofertado	GLICEMIA <b>163</b>			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Desobstrução de vias aéreas ineficaz <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de trauma <input type="checkbox"/> Dor aguda	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> Avaliar/Monitorar nível de consciência/sedação <input type="checkbox"/> Manter a cabeceira do leito elevada _____ graus <input type="checkbox"/> Verificar/Monitorar e anotar SSVV <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas S/N <input type="checkbox"/> Ofertar O2 <input type="checkbox"/> Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉLULO NÃO VERIFICADO 10 MAI 2019 CORPORAÇÃO SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º 10 - CEP: 64.000-000 - Parnaíba - PI
--	--	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: <b>Paciente com TCE após acidente motorciclístico, presença de múltiplas lesões contusivas no tórax, abdome e membros inferiores. Exame físico sem alterações. Relato da vítima.</b>	TRIPS Inicial TRIPS Final Glasgow RASS Dor Sem dor
---	---

PROCEDIMENTOS REALIZADOS <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Colar Cervical <input type="checkbox"/> Assistência Obstétrica <input type="checkbox"/> Imobilizações <input type="checkbox"/> Reanimação Cardio Pulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Glicemia:	Medicação em Uso:
---	-------------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CONDIÇÕES DE ENTREGA <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Inalterado	ÓBITO <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> No Transporte
-------------------	---	--

RELATÓRIO MÉDICO:
-------------------

Responsável pela Recepção <b>Selma Lúcia C. Silva</b> Enfermeira COREN-PI 207.590	MÉDICO <b>Carliano</b> TÉCNICO EM ENFERMAGEM	ENFERMEIRO <b>Silvion</b> CONDUTOR
--	--	--





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ENCAMINHAR P/ SUTOP

C. PLÁSTICA

NEURO OK  
BULO OK  
C. GERAL

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEO 11:10  
12/2/19

Imp: 11/02/2019 12:06:13  
(User: WILLIAM MACHADO)  
(Estação: CONSUL/AG3)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	Prontuário:	198681
Mãe:	ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	Pai:	ANTONIO DOCA FERREIRA
End.Resid.:	RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	09/06/1993	Idade:	25a8m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 9482-3001
Responsável:	ANTONIO	CNS:	898003415517812
Profissão:	SERVENTE	Documento:	RG: 3418214 - SSP PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	União Estável
End.Local.:			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	707198	Entrada:	11/02/2019 11:49:36	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
(Conforme Paciente/Acomp):							

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM, NÃO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA, REFERE DOR ABDOMINAL, CEFALÉIA E NAUSEAS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. ECG:15		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207390 Em: 11/02/2019 11:57:20

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM HÁ CERCA DE 16 HORAS, NÃO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA, REFERE DOR ABDOMINAL EM PONTO DE ESCORIAÇÃO.
A - VAP
B - MMVV+ AHT, BOA EXPANSIBILIDADE,
C - BNF RR 2T SS, FC 101, ABDOME INOCENTE, Pelve Estável, ;
D - ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO;
E - ESCORIAÇÕES EM ABDOME, COTOVELO DIREITO, LESÕES FACE E CRÂNIO
HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
Dr. Felipe José de Paula Neto Proctologia / Cir. Geral CRM - PI: 3128

Diagnóstico Inicial:	EXAME: <u>CRÂNIO 12:22h</u>	CID:
	DATA: <u>11/02/19</u>	

Exames Complementares:
(1152834) - T.C. DE CRÂNIO
(1152836) - TORAX PA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto)

DATA:	/	/	HORA:	:	:
-------	---	---	-------	---	---

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
CRM 3811 Em: 11/02/2019 12:06:13



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424

Número do documento: 2006151402040880000009738424



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 11/02/2019 12:06:15  
(WILLIAM MACNADO)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	Prontuário:	198681
Mãe:	ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	Pai:	ANTONIO DOCA FERREIRA
End.Resid.:	RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	09/06/1993	Idade:	25a8m2d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 9482-3001
Responsável:	ANTONIO	CNS:	898003415517812
Profissão:	SERVENTE	Documento:	RG: 3418214 - SSP PI
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	União Estável
End.Local.:	-		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	707198	Data:	11/02/2019 11:49:36	Clas. Cor:	Laranja
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	11/2/19	ESPECIALISTA:	VCR
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	TCP TC Causa Sem lesões que indiquem conduta vcr causa sem conduta vcr		
Carimbo/Assinatura Solicitante			



DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	Assinatura Prof. Parecer
		Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	11/2/19	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Avaliação da cirurgia Plástica - Paciente com laceração na face. Encaminhado ao Centro Cirúrgico para procedimento		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	11/02/19 13:37	#CTBMR
PACIENTE APRESENTANDO LACERAÇÃO EM REGIÃO DE HEMI-FACE (E), SEM SANGUINAMENTO ATIVO NO MOMENTO. AGENDAR DE AGORA LIMITE (EXAME CLÍNICO LIMITADO). DO EXAME DE TC DE FACE APRESENTA FRAT. CONDIL (E) (FMT. 914).			
(C): ENVIAR P/ SUTURA, INTERCONSULTA P/ SERVIÇO CIRÚRGICO.			
→ AVALIAÇÃO LIBER. DE CONSULTA ESPECIALISTAS			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			



## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 707198

Emp: 11/02/2019 12:06:15

<u>Nome:</u> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		<u>Prontuário:</u> 198681	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00	<u>IMC (Kg/m2):</u> 0,00
<u>ITEM:</u> PRESCRIÇÃO MÉDICA.				

[illegible]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

RAIX-X R&M JACO  
DATA 11 02 19  
Técnico: 

4





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME: Manuella Pereira Teixeira Lourenço IDADE: \_\_\_\_\_ anos DATA: 17/02/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 19 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA: Reconstrução de face CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>134x83</u>	<u>126/65 (95)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>94</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Isaiane</u>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 10 MAI 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR (MISSÃO):  
 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
 ESCALA DE ANESTESIA (ATA):  
 (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

TOTAL: 09 10  
 ASS. Isaiane de Oliveira  
 Enfermeira  
 COREN-PI 484.180

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
ml	ml	ml	ml		
hs	hs	hs	hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI  
Reconstrução de face, segue monitorado, ar ambiente.  
 Ass. Isaiane de Oliveira  
 Enfermeira  
 COREN-PI 484.180

ORIENTAÇÃO MÉDICA: \_\_\_\_\_  
 ALTA SRPA: \_\_\_\_\_  
 HORÁRIO: 217 / 162  
 MINUTAGEM: [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]  
 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD





65 176590

Identificação do Estabelecimento de Saúde

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM EXTENSA LACERAÇÃO DE FACE

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACTIMA.

- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

EXAME CLINICO.

23-Diagnóstico Inicial:

Ferimentos envolvendo a cabeça com o pescoço

24-CID Prin:

25-CID Sec. 1

26-CID C.Ass. 1

T010

## PROCEDIMIENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

**AUTORIZAÇÃO**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>  
 Número do documento: 2006151402040880000009738424

<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>		Nº LAUDO: 176590
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL		AIH: 2219100103770

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO	CNES 5973457
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> R98003415517812	<b>NOME DO PACIENTE</b> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	<b>NASCIMENTO</b> 09/06/1993	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 198681
<b>DOCUMENTO CPF</b> 86994823001	<b>TELEFONE</b> 86994823001	<b>NOME DA MÃE</b> ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	<b>RESPONSÁVEL</b> ANTONIO	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> RUA SAMUEL MESQUITA		<b>NUMERO / LOTE</b> 1133	
<b>BAIRRO</b> SANTA MARIA DA CODOIPI	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EVOLUINDO COM EXTENSA LACERAÇÃO NA FACE

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EXAME FÍSICO

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TRAUMA DE FACE

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#### CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T010 - FERIMENTOS ENVOLVENDO A CABEÇA COM O PESCOÇO

#### CID 10 SECUNDÁRIO

#### CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040175 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

#### LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

#### CARÁTER

URGÊNCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

14/02/2019

VANESSA ROCHELE SOARES COSTA

CPF: 000394203321

CRM:

#### DATA ADMISSÃO

11/02/2019 11:49

#### DATA ALTA

14/02/2019 11:00

#### MOTIVO ALTA

MELHORADO

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

#### TIPO ACIDENTE

Acidente de Trânsito

#### CNPJ/SEGURADORA

#### Nº DO BILHETE

#### SÉRIE

#### CNPJ DA EMPRESA

#### CNAE EMPRESA

#### CBOR

#### NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07909400363 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
---	---

#### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI







FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisco Kleyton Ferreira Lima

Diagnóstico pré-operatório Laceração na face

Operação - Tipo Reconstrução de face

Cirurgião Dr. Vanessa

1º Assistente Estudante

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Melida

Anestesista Adriano

Anestesia geral

Anestésico(a)

Data da Operação 10/02/19

Início 17:00

Fim 18:00

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- ② Antissepsia + colocação de campos.
- ③ Desbridamento e sutura de lesões na face após hemostasia.
- ④ Curativo

Mod. 76 HUT





Fundação Municipal de Saúde

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N°

Proc. N°

Rubrica

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	Fco Kleyton Ferreira	DATA	11/02/19
DIAGNÓSTICO:	Politraumatizado	IDENTIFICADOR N°:	19866
ANESTESIA:	geral	CIRURGIÃO	Juliana da face
CIRURGIÃO:	Vanessa	N° DA SALA:	01
AUXILIAR:	Estudante	CPF N°:	
ANESTESISTA:	Adriano	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Wendy	CPF N°:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 710	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 615	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO N° 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				leito do	05		
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				crepom	01		
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	04						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	Guilene		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 165 - 1º andar  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI



## FOLHA DE ANESTESIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019



GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Azevedo, 455 Loja C  
Teresina - PI  
CEP: 64.002-470

NOME DO PACIENTE		Francisco Kleber Ferreira		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																																																																	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																																																	
31/02/19																																																																																																																																																																																																							
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																																																	
EXAMES DE URINA																																																																																																																																																																																																							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																																																																							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																																																																																																																		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE																																																																																																																																																																																																
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																																																			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS																																																																																																																																																																																																	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS																																																																																																																																																																																																			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th>LIQUIDOS</th> <th>TEMPERATURA</th> <th>P. ARTERIAL</th> <th>V. O. PULSO</th> <th>INÍCIO E FIM ANESTESIA</th> <th>INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</th> <th>RESPIRAÇÃO</th> <th>SÍMBOLOS</th> <th>TOTAL DE DOSES</th> <th>SEQUÊNCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <i>Propofol</i></td> <td>1. <i>12:30</i></td> <td>SO-UTO 500</td> <td>260</td> <td>38</td> <td>2</td> <td>140</td> <td>120</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>1. <i>Monit. frígido</i></td> <td>1. <i>Ext. de 40g</i></td> </tr> <tr> <td>2. <i>Vec</i></td> <td>2. <i>12:30</i></td> <td>SANGUE 300</td> <td>240</td> <td></td> <td>1</td> <td>120</td> <td>100</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>2. <i>Vec 10g</i></td> <td>2. <i>Vec 10g</i></td> </tr> <tr> <td>3. <i>Inducao</i></td> <td>3. <i>12:30</i></td> <td>OUTROS 100</td> <td>220</td> <td></td> <td>1</td> <td>100</td> <td>80</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>3. <i>Inducao</i></td> <td>3. <i>Inducao</i></td> </tr> <tr> <td>4. <i>Monit. frígido</i></td> <td>4. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>200</td> <td></td> <td>1</td> <td>80</td> <td>60</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>4. <i>Monit. frígido</i></td> <td>4. <i>Monit. frígido</i></td> </tr> <tr> <td>5. <i>Vec 10g</i></td> <td>5. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>180</td> <td></td> <td>1</td> <td>60</td> <td>40</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>5. <i>Vec 10g</i></td> <td>5. <i>Vec 10g</i></td> </tr> <tr> <td>6. <i>Ext. de 40g</i></td> <td>6. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>160</td> <td></td> <td>1</td> <td>40</td> <td>20</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>6. <i>Ext. de 40g</i></td> <td>6. <i>Ext. de 40g</i></td> </tr> <tr> <td>7. <i>Vec 10g</i></td> <td>7. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>140</td> <td></td> <td>1</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>7. <i>Vec 10g</i></td> <td>7. <i>Vec 10g</i></td> </tr> <tr> <td>8. <i>Inducao</i></td> <td>8. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>120</td> <td></td> <td>1</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>8. <i>Inducao</i></td> <td>8. <i>Inducao</i></td> </tr> <tr> <td>9. <i>Monit. frígido</i></td> <td>9. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>100</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>9. <i>Monit. frígido</i></td> <td>9. <i>Monit. frígido</i></td> </tr> <tr> <td>10. <i>Vec 10g</i></td> <td>10. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>80</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>10. <i>Vec 10g</i></td> <td>10. <i>Vec 10g</i></td> </tr> <tr> <td>11. <i>Ext. de 40g</i></td> <td>11. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>60</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>11. <i>Ext. de 40g</i></td> <td>11. <i>Ext. de 40g</i></td> </tr> <tr> <td>12. <i>Vec 10g</i></td> <td>12. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>40</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>12. <i>Vec 10g</i></td> <td>12. <i>Vec 10g</i></td> </tr> <tr> <td>13. <i>Inducao</i></td> <td>13. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>20</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>13. <i>Inducao</i></td> <td>13. <i>Inducao</i></td> </tr> <tr> <td>14. <i>Monit. frígido</i></td> <td>14. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>10</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>14. <i>Monit. frígido</i></td> <td>14. <i>Monit. frígido</i></td> </tr> <tr> <td>15. <i>Vec 10g</i></td> <td>15. <i>12:30</i></td> <td></td> <td>5</td> <td></td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>20</td> <td><i>12:30</i></td> <td>15. <i>Vec 10g</i></td> <td>15. <i>Vec 10g</i></td> </tr> </tbody> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	LIQUIDOS	TEMPERATURA	P. ARTERIAL	V. O. PULSO	INÍCIO E FIM ANESTESIA	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	RESPIRAÇÃO	SÍMBOLOS	TOTAL DE DOSES	SEQUÊNCIA	1. <i>Propofol</i>	1. <i>12:30</i>	SO-UTO 500	260	38	2	140	120	20	<i>12:30</i>	1. <i>Monit. frígido</i>	1. <i>Ext. de 40g</i>	2. <i>Vec</i>	2. <i>12:30</i>	SANGUE 300	240		1	120	100	20	<i>12:30</i>	2. <i>Vec 10g</i>	2. <i>Vec 10g</i>	3. <i>Inducao</i>	3. <i>12:30</i>	OUTROS 100	220		1	100	80	20	<i>12:30</i>	3. <i>Inducao</i>	3. <i>Inducao</i>	4. <i>Monit. frígido</i>	4. <i>12:30</i>		200		1	80	60	20	<i>12:30</i>	4. <i>Monit. frígido</i>	4. <i>Monit. frígido</i>	5. <i>Vec 10g</i>	5. <i>12:30</i>		180		1	60	40	20	<i>12:30</i>	5. <i>Vec 10g</i>	5. <i>Vec 10g</i>	6. <i>Ext. de 40g</i>	6. <i>12:30</i>		160		1	40	20	20	<i>12:30</i>	6. <i>Ext. de 40g</i>	6. <i>Ext. de 40g</i>	7. <i>Vec 10g</i>	7. <i>12:30</i>		140		1	20	10	20	<i>12:30</i>	7. <i>Vec 10g</i>	7. <i>Vec 10g</i>	8. <i>Inducao</i>	8. <i>12:30</i>		120		1	10	5	20	<i>12:30</i>	8. <i>Inducao</i>	8. <i>Inducao</i>	9. <i>Monit. frígido</i>	9. <i>12:30</i>		100		1	5	5	20	<i>12:30</i>	9. <i>Monit. frígido</i>	9. <i>Monit. frígido</i>	10. <i>Vec 10g</i>	10. <i>12:30</i>		80		1	5	5	20	<i>12:30</i>	10. <i>Vec 10g</i>	10. <i>Vec 10g</i>	11. <i>Ext. de 40g</i>	11. <i>12:30</i>		60		1	5	5	20	<i>12:30</i>	11. <i>Ext. de 40g</i>	11. <i>Ext. de 40g</i>	12. <i>Vec 10g</i>	12. <i>12:30</i>		40		1	5	5	20	<i>12:30</i>	12. <i>Vec 10g</i>	12. <i>Vec 10g</i>	13. <i>Inducao</i>	13. <i>12:30</i>		20		1	5	5	20	<i>12:30</i>	13. <i>Inducao</i>	13. <i>Inducao</i>	14. <i>Monit. frígido</i>	14. <i>12:30</i>		10		1	5	5	20	<i>12:30</i>	14. <i>Monit. frígido</i>	14. <i>Monit. frígido</i>	15. <i>Vec 10g</i>	15. <i>12:30</i>		5		1	5	5	20	<i>12:30</i>	15. <i>Vec 10g</i>	15. <i>Vec 10g</i>
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	LIQUIDOS	TEMPERATURA	P. ARTERIAL	V. O. PULSO	INÍCIO E FIM ANESTESIA	INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	RESPIRAÇÃO	SÍMBOLOS	TOTAL DE DOSES	SEQUÊNCIA																																																																																																																																																																																												
1. <i>Propofol</i>	1. <i>12:30</i>	SO-UTO 500	260	38	2	140	120	20	<i>12:30</i>	1. <i>Monit. frígido</i>	1. <i>Ext. de 40g</i>																																																																																																																																																																																												
2. <i>Vec</i>	2. <i>12:30</i>	SANGUE 300	240		1	120	100	20	<i>12:30</i>	2. <i>Vec 10g</i>	2. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
3. <i>Inducao</i>	3. <i>12:30</i>	OUTROS 100	220		1	100	80	20	<i>12:30</i>	3. <i>Inducao</i>	3. <i>Inducao</i>																																																																																																																																																																																												
4. <i>Monit. frígido</i>	4. <i>12:30</i>		200		1	80	60	20	<i>12:30</i>	4. <i>Monit. frígido</i>	4. <i>Monit. frígido</i>																																																																																																																																																																																												
5. <i>Vec 10g</i>	5. <i>12:30</i>		180		1	60	40	20	<i>12:30</i>	5. <i>Vec 10g</i>	5. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
6. <i>Ext. de 40g</i>	6. <i>12:30</i>		160		1	40	20	20	<i>12:30</i>	6. <i>Ext. de 40g</i>	6. <i>Ext. de 40g</i>																																																																																																																																																																																												
7. <i>Vec 10g</i>	7. <i>12:30</i>		140		1	20	10	20	<i>12:30</i>	7. <i>Vec 10g</i>	7. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
8. <i>Inducao</i>	8. <i>12:30</i>		120		1	10	5	20	<i>12:30</i>	8. <i>Inducao</i>	8. <i>Inducao</i>																																																																																																																																																																																												
9. <i>Monit. frígido</i>	9. <i>12:30</i>		100		1	5	5	20	<i>12:30</i>	9. <i>Monit. frígido</i>	9. <i>Monit. frígido</i>																																																																																																																																																																																												
10. <i>Vec 10g</i>	10. <i>12:30</i>		80		1	5	5	20	<i>12:30</i>	10. <i>Vec 10g</i>	10. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
11. <i>Ext. de 40g</i>	11. <i>12:30</i>		60		1	5	5	20	<i>12:30</i>	11. <i>Ext. de 40g</i>	11. <i>Ext. de 40g</i>																																																																																																																																																																																												
12. <i>Vec 10g</i>	12. <i>12:30</i>		40		1	5	5	20	<i>12:30</i>	12. <i>Vec 10g</i>	12. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
13. <i>Inducao</i>	13. <i>12:30</i>		20		1	5	5	20	<i>12:30</i>	13. <i>Inducao</i>	13. <i>Inducao</i>																																																																																																																																																																																												
14. <i>Monit. frígido</i>	14. <i>12:30</i>		10		1	5	5	20	<i>12:30</i>	14. <i>Monit. frígido</i>	14. <i>Monit. frígido</i>																																																																																																																																																																																												
15. <i>Vec 10g</i>	15. <i>12:30</i>		5		1	5	5	20	<i>12:30</i>	15. <i>Vec 10g</i>	15. <i>Vec 10g</i>																																																																																																																																																																																												
TÉCNICAS										INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																																													
OPERAÇÕES										CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																																																													
CIRURGIÕES																																																																																																																																																																																																							
ANESTESISTAS																																																																																																																																																																																																							
PARTICULARIDADES																																																																																																																																																																																																							

MOD 76 - HUT



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA** (Prontuário: 198681)  
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 09/06/1993 Idade: 25a8m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 707198  
Requisição: 920676 Solicitação: 11/02/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO  
Controle: 1152834 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/02/2019

### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES NA REGIÃO TEMPORAL E PERIORBITÁRIA À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

OBS: FRATURA OBLÍQUA NO CÔNDILO MANDIBULAR À ESQUERDA.

(UIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/02/2019



**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



# SUMÁRIO DE ALTA

 <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.522.917/0022-02		Prontuario: <b>198681</b> Internação: <b>232852</b>		
Nome: <b>FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA</b> End. Resid.: <b>RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA NA. CODIPI</b> Cidade: <b>TERESINA - PI</b> CEP: <b>64000-010</b>				
Sexo: <b>Masculino</b>	Nascimento: <b>09/06/1993</b>	Idade: <b>25a6m2d</b>	Estado Civil: <b>União Estável</b>	Profissão: <b>SERVENTE</b>
Internação		Alta		Permanência
Data: <b>11/02/2019</b>	Hora: <b>17:36</b>	Data: <b>14/02/2019</b>	Hora: <b>10:30</b>	

Diagnósticos: *Fratura de mandíbula (condilo).*

CID Principal:	Cod. CID:
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Exame em face anterior e posterior em face.*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Fratura de condilo, com manobra de tratamento cirúrgico, tratamento conservador.*

MEDICAÇÕES:

*Amoxicilina 500mg / Clamoxil 100mg / Dipirona 500mg.*

CIRURGIA: Data: *14/02/2019* Tipo:

*Redução e sutura da fratura na face após anestesia.*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Encaminhamento Ambulatorial, acompanhamento para Otorrinolaringologista.*

Tipo de Alta: ( ) Curado ☒ Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

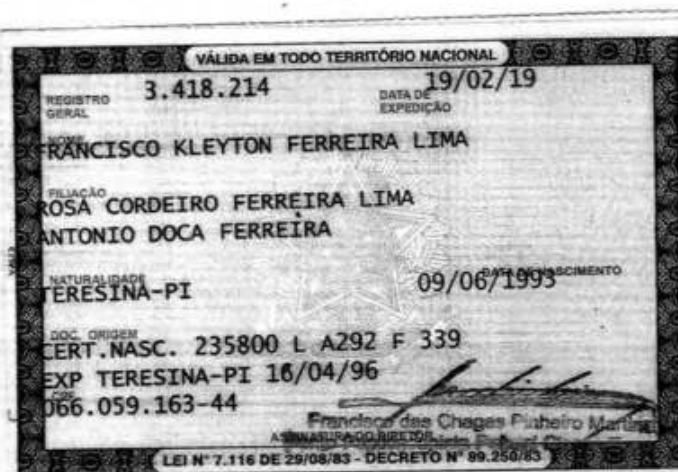
Dr. Wesley Lima Andrade  
Especialista em Traumatologia  
Bico Maxilo Facial

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI







DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170281302 Nº 013404777424  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 182575969 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
DORISVAL GUILHERME COSTA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 70567824349 PLACA NIP-2108

PLACA ANT. / UP CHASSI 9C2JC4110AR553567

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º IPVA  
2º  
3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,28 IOF (R\$) 9,03 PRÊMIO TOTAL (R\$) 90,31 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGU PAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES  
A/FIDOCUM ADMINISTRADORA DE CONSUMO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 7/8/2018

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

PI Nº 013404777424 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 7/8/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 70567824349 PLACA NIP-2108

RENAVAM 182575969 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009 CAT. IVEF 09 Nº CHASSI 9C2JC4110AR553567

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81,28 DETRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

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

PAGAMENTO X COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

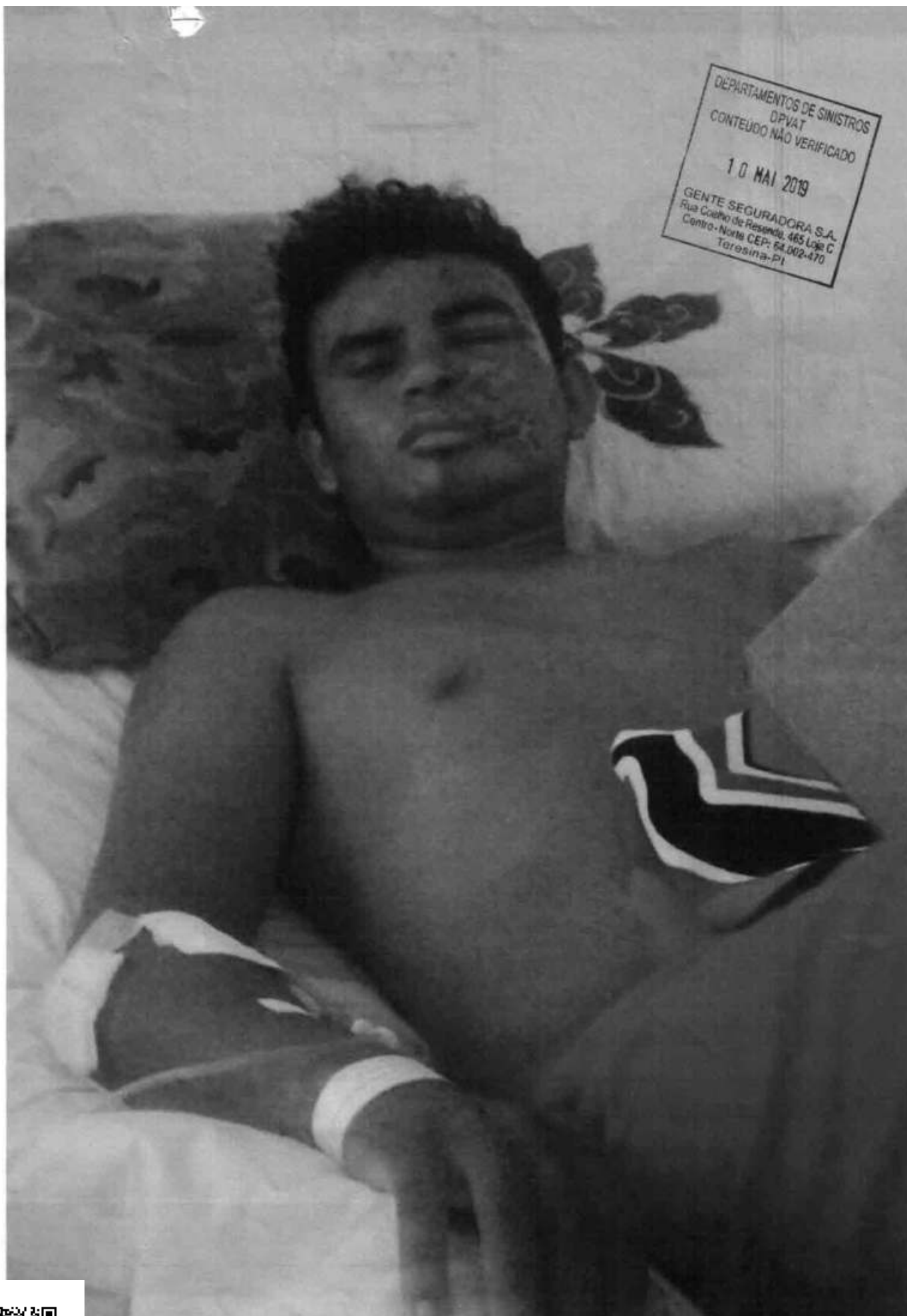
CNPJ 09.246.608/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI







DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGUADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO

-TRAUMA FACIAL  
-LACERACOES E ESCORACOES  
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

**Resultados terapêuticos:** ASSIMETRIA FACIAL E ALTERAÇÃO ANATOMICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO

-TRAUMA FACIAL  
-LACERACOES E ESCORIAÇÕES  
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALÉIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

**Resultados terapêuticos:** ASSIMETRIA FACIAL E ALTERAÇÃO ANATômICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/05/2019

**Conduta mantida:**

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO  
FRATURA MANDIBULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO  
FRATURA MANDIBULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00







## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157546/19

**Vítima:** FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

**CPF:** 066.059.163-44

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO KLEYTON  
FERREIRA LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA : 066.059.163-44

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000092976-9

---

---

Nr. da Autenticação F16236E5ADF9CF35





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA 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

Carta nº 14293897

Pag. 00111/00112 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00407/00408 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080204



Carta nº 14326389



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>

Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 33



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00683/00684 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190317171**

**Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**

**Data do Acidente: 10/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

**Recebedor: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002004**

**Conta: 0000092976-9**

**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,





## 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: 066.059.163-44 Nome completo da vítima: Francisco Kleyton Ferreira Lima

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

Nome completo: Francisco Kleyton Ferreira Lima CPF: 066.059.163-44  
Profissão: Servente Endereço: Rua Lacerdosa Mesquita Número: 1133 Complemento: Casa  
Bairro: STA Maria da Cedra Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64012-430  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0004 CONTA: 92976 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

RECEBUEIRO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
03 JUN 2019  
GENTE SEGURADORA  
Centro Novo Horizonte, 465 Loja C

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou atestado

Local e Data, Teresina - Piauí 29/05/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Kleyton Ferreira Lima  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU  
DATA: 27/05/2019 HORA: 10:29:18  
TERMINAL: 20041026 CONTROLE: 200410260209

AGÊNCIA: 2004 - AREOLINO DE ABREU,  
CONTA: 013.00092976-9  
CLIENTE: FRANCISCO KLEITON F LIMA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ÚLTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO  
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

RESUMO EM 24/05  
SALDO

RESUMO DO DIA  
SALDO DISPONÍVEL  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





# 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:

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

Nome completo: CPF: Renda Mensal: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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, por meio de avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e da extensão da invalidez 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: Vítima deixou filhos? ☐ 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: Nome: CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura 2ª | Nome: CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**


**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190317171  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Kleyton Ferreira Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lourival Mesquita, 1133  
Santa Maria da Codipi Teresina PI CEP: 64012-430  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 3418214  
Data local do acidente: [ 10/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 21/05/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-TRAUMA FACIAL  
-LACERACOES E ESCORIACOES  
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: RECONSTRUCAO CIRURGICA EM REGIAO DE FACE  
Complicações: DANOS FACIAIS  
Data da Alta: 10/03/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim ( ) Não**
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DANO FACIAL COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME. APRESENTA ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem seqüela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br>% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001071/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 22/03/2019 - 10:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

10/02/2019 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POVOADO

Endereço

AV. POTY VELHO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CHURRASCARIA ANCHIETA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEIDIANE FERREIRA LIMA

RG: 2995365 PI

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Pai: ANTONIO DOCA FERREIRA

Endereço: Q-108, C-20, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8852-6305

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

RG: 3418214 PI

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA, Nº 1133

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, IRMÃ DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIP-2108-PI, COR PRETA, RENAVAM 182575969, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU AO DESVIAR DE ANIMAIS NA PISTA. FOI SOCORRIDO POR CARLOS HENRIQUE VAZ DA SILVA, QD-108, CS-20, JACINTA ANDRADE, E LEVADO PARA O HOSP. MARIANO GAYOSO C. BRANCO, DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 198681). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

Cleidiene Ferreira Lima  
CLEIDIANE FERREIRA LIMA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 22/03/2019 10:16 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>  
Número do documento: 2006151402040880000009738424

Num. 10253989 - Pág. 42

# 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: 066.059.363-44 Nome completo da vítima: Francisco Kleyton Ferreira Lima

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

Nome completo: Francisco Kleyton Ferreira Lima CPF: 066.059.363-44

Profissão: Shiriente Endereço: Rua Lurival Mesquita Número: 1133 Complemento: Casa

Bairro: STª Maria da Odipir Cidade: Terresina Estado: PI CEP: 64012-430

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (86) 99534-6568

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)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 92976 9

(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 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 pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por parte da Seguradora Líder para verificação da existência e da continuidade das condições decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a natureza da avaliação médica ou renúncia ao direito de contesta-la, caso discorde do seu conteúdo.

**RECEBIMENTO DE SINISTROS**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

SEGURADORA S.A.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai 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: Terresina - Piauí 22/04/19

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Kleyton Ferreira Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 516001965	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 60423	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> CIRURGIA GERAL		
<b>PACIENTE:</b> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		<b>NASCIMENTO:</b> 09/06/1993

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, BNFAP MV + SEM RAPA: 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFALICA E FACE COM PERDA DE SUBSTANCIA.

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRANIO

**DIAGNÓSTICO(CID):** OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 160x110(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:** 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPIRONA

**DATA:** 10/02/2019 23:50:37

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**OBS:** O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.



17.577.205/0002-18  
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO  
Avenida Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa  
CEP: 64012-000  
Teresina - PI



**DADOS DO CLIENTE**

MORADOR: ANTONIO DOCA FERREIRA DA SILVA  
RUA LOURIVAL MESQUITA, 1133-STA MARIA DA CODIPI-TERESINA-PI-  
cep: 64012430

MATRÍCULA: 13694944-4

GRUPO: 18

LOCALIZAÇÃO: 018-00038-001120

HIDRÔMETRO: Y14N302281

**ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA**

1 Residencial Normal

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2018	Lido	1284	23	23	
07/2018	Lido	1306	22	22	
08/2018	Lido	1334	28	28	
09/2018	Lido	1356	22	22	
10/2018	Lido	1383	27	27	
11/2018 (Anterior)	Lido	1407	24	24	27/11/2018
<b>12/2018 (Atual)</b>	<b>Lido</b>	<b>1426</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>26/12/2018</b>
Data Aprox. Próx. Leitura					
28/01/2019					

Dias de Consumo: 29

Média Consumo Diário (m³): 0,8621

Média Consumo Mensal (m³): 25

**FATURAS PENDENTES**

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
------------	------------	-------------



**DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS**

	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE AGUA - 72,22	
> Residencial Normal	19m³ 72,22
JUROS DE FINANC. PARCELAMENTO 002	4,93
JUROS DE PARCELAMENTO 002/005	3,35
MULTA DO PARCELAMENTO 002/005	1,58
PARCELAMENTO 002/005	93,59

Demais Lançamentos 0,00

**TOTAL A PAGAR 175,67**

**MENSAGEM**

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguintes tributos: PIS e COFINS.

A ÁGUAS DE TERESINA DESEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO!..

**LEI 12.741/2012**

PIS/PASEP = 0,00 \* 1,65% = 0,00

COFINS = 0,00 \* 7,60% = 0,00

**\*\*\* NOTIFICAÇÃO \*\*\***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6, §5, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3.122	3.100	22	1.33	0.2-5.0 mg/L
Cloro Aparente	3.102	3.094	8	3.19	inferior a 15
pH	3.119	3.074	45	8.82	6.00-9.50
Turbidez	3.128	3.101	27	0.99	inferior a 5
Conformes To	993	992	1	Ausência	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	993	993	0	Ausência	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



**equatorial**  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de livre emissão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO...

**SEU CÓDIGO**

Nº da Nota Fiscal 019573937

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

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	02/04/2019	243	250,50

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CENTRO NORTE

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	19968	Atual:	26/03/2019
Anterior:	19725	Anterior:	22/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/04/2019
Consumo Médio:	243	Emissão:	25/03/2019
Consumo Faturado:	243	Apresentação:	26/03/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	201
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo					
FEV/19	297	CONSUMO	243 A R\$ 0,927609 =		225,40
JAN/19	365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			18,18
DEZ/18	57	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00			0,01
NOV/18	0	MULTA POR ATRASO 02/19-00			5,68
OUT/18	96	JUROS POR ATRASO 02/19-00			1,23
SET/18	299				
AGO/18	232				
JUL/18	184				
JUN/18	208				
MAI/18	211				

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 243 - 0,620660

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 25/03/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco 18A4.038B.6D2A.C8BF.8015.0A8B.8C3D.47FE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	43,75	Base de Cálculo:	225,40
Energia:	84,50	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	14,30	Valor do ICMS:	60,85
Encargos:	9,01	Valor do PDI:	1,41%
Tributos:	73,84	Valor do COFINS:	6,49%
			10,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 14:02:54

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151402040880000009738424>

Número do documento: 2006151402040880000009738424



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Kleyton Fereira Lima inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima  
Francisco Kleyton Fereira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso

☒ Recuso informar

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

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



Endereço		Número	Complemento
Rua 24 de Janeiro		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(86) 99534-6565

Teresina, 22 de Abril de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
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, Dorisval Guilherme Costa

RG nº 1.341.502, data de expedição 04/08/17

Órgão Secretaria de Segurança portador do CPF nº 70567824349

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua - Braz Honorio, nº 1328

complemento Casa, 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 Kleyton Ferreira Lima, cujo o condutor era

Francisco Kleyton Ferreira Lima

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 125 FAN KS Ano: 2009/2010

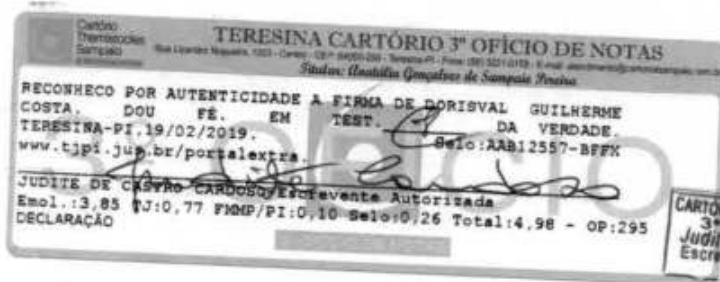
Placa: NFP 2108 Chassi: 9C2JC4110AR553567

Data do Acidente: 10/02/19

Local e Data: Teresina 19/02/19

x Dorisval Guilherme Costa  
Assinatura do Declarante

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



CONSULTE O SELO DIGITAL

