

Controle de documentos x Audiências x Upload x PJ Consultas processos - Pro x PJ 0800706-88.2019.8.18.01 x Baixar o arquivo | iLovePDF x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=257396&ca=35f101658c2e14e1228bed10abc6466994f...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

**PJE** ProceComCiv 0800706-88.2019.8.18.0039 FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSOR...

10556816 - CONTESTAÇÃO (2731138 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/07/2020 08:47:08

01 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10556815 - CONTESTAÇÃO
  - 10556816 - CONTESTAÇÃO (2731138 CONTESTACAO 01)
  - 10556822 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10556819 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10556818 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 10556817 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

2731138- CS/ 2020-02413/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRAS/PI

cont.pdf prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf cont.pdf Exibir todos

PT 08:47 01/07/2020



01/07/2020

Número: **0800706-88.2019.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Barras**

Última distribuição : **01/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.475,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA (AUTOR)                 |                    | JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                               |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                               |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo                    |
| 10556822                                                   | 01/07/2020 08:47   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>       | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025439

Vítima: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

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 13804806

Pag. 01155/01156 - 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, 25 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190025439**

**Vítima: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

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\$ 2.025,00 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%  
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

**Valor: R\$ 2.025,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003436**

**Conta: 0000032048-0**

**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).



## 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: 081.519.993-73 Nome completo da vítima: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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

Nome completo: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa CPF: 081.519.993-73  
Profissão: autônomo Endereço: Rua Coronel Correia Número: 586 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Xique-Xique Cidade: Barras Estado: PI CEP: 64.100-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 86/99982.3093

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3436 ☐ CONTA: 32048 ☐  
(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 DPVAT

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no laudo de avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Pedro de Rosendo, 465 Lote C  
Centro, Fortaleza - CE  
CEP: 64.002-470

#### 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Barras, PI 10/12/2018  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

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

Assinatura

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

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018







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

188 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001690/2018-68

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Vanilton Borges E Silva

Data/Hora: 11/12/2018 - 10:27

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ZONA RURAL DE BARRAS- ANGELIM, Nº:

Complemento

Data/Hora

29/09/2018 - 20:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

RG: 4345419 SSP PI

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS

Pai: ANTONIO DE PÁDUA DE SOUSA OLIVEIRA

Endereço: RUA CORONEL CORREIA, Nº 430

Complemento: CHIQUE CHIQUE

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BARRAS

Telefone(s): 86-9533-5623

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. OUTROS

Ano: Placa:

2010 NIN4756

Chassi:

9C6KE1400A0003042

Renavam:

219630592

Cor:

Preta

Condutor: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

RG: 4345419 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA CORONEL CORREIA Número: 430 Complemento: CHIQUE CHIQUE

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCA DAS CHAGAS MASCARENHAS

End: LOCALIDADE INGA-ZONA RURAL DE BARRAS Número:

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA GERÊNCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SOFRERA UM ACIDENTE COM A MOTO ACIMA ESPECIFICADA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE E CAÍRA DA MOTO FRATURANDO UM DOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, SENDO ATENDIDO NA URGÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO, EM BARRAS( CONFORME REGISTRO 15938), E DEPOIS FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES NA CIDADE DE PIRIPIRI-PI CONFORME 82770. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.

Vanilton Borges E Silva - Mat. 1085972  
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa  
FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Msc. Lívio S. Costa Oliveira  
Delegado de Polícia Civil Classe Especial  
Assessor Especial da Polícia Civil do Estado do Piauí

Im de Ocorrência emitido em: 11/12/2018 09:27 - SisBO 320

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:47:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108470724200000010018585

Número do documento: 20070108470724200000010018585

Num. 10556822 - Pág. 5



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

188 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001690/2018-68

  
Delegado de Polícia  
Msc. Flávio C. Costa Oliveira  
Delegado de Polícia Civil Classe Especial  
Assessor Especial da Polícia Civil do Estado do Piauí  
Matrícula: 108611-1



## 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:

081.519.993-73

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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

Nome completo: Francisco Igo Mascarenhas de Sousa  
Profissão: autônomo  
Endereço: Rua Coronel Correia  
Bairro: Xique-Xique Cidade: Barrocas Estado: PI  
E-mail: CEP: 64.100-000  
Número: 586 Complemento:  
Tel.(DDD): 86/99982.3093

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 32048

(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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
INVALIDEZ PERMANENTE  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Pedro de Resende, 465 Laje C  
Centro - Fortaleza - CE  
CEP: 64.002-470

#### 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante

Local e Data: Barrocas, PI 10/12/2018

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

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

FPS.001 V001/2018



**HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO**PRAÇA. MONSENHOR BOSON,  
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000

CNPJ: 12927470000169

(86) 3242-1336 - ( ) -

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P07863

Data: 29/09/2018

Funcionario: RABELO

Registro: 15938

Hora: 21:01:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 6

SUS

**FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

Nasc.: 09/06/1998 Idade: 20 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

CPF: 081.519.993-73 - RG: 4.345.419 - SUS: 2066106131500C

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Civil:

CEP: 64100-0

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Bairro: XIQUE XIQUE

Cidade: BARRAS/PI

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Responsável: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

29/09/2018 21:01 01

CONSULTA (CLINICA MEDICA)

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame clínico/físico:

Diagnostico provável:

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

(1) limpeza + curativo

(2) ENCOMENDADO À ORÇAMENTO

(3) 100mg/100mg - 1AMP + 100mg/500mg, EV

(4) 100mg/100mg - 1AMP + 100mg, EV

1. M. de Oliveira S. Alves

Dr. Augusto Costa Junior  
MEDICO  
CRM-PI 6507 CRM-MA 9183

# 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: | 18/01/2019 |
|------------------------|------------|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.025,00 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000032048-0

---

---

Nr. da Autenticação 9D13822D4C8B4ABA





Para consultar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0104756-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro - Teresina - PI  
CNPJ 06.540.745/0001-80 | Ins. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 012139177

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

| CONTA MES    | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2018 | 17/10/2018 | 78            | 76,11               |

MARIA DAS GRACAS FERREIRA LIMA  
R. CORONEL CORREIA 586 430 XIQUE-XIQUE  
CPF: 0001384683304  
CEP: 64.100-000 - BARRAS

| DADOS DA LEITURA            |       | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 3524  | Atual:           | 09/10/2018 |
| Anterior:                   | 3446  | Anterior:        | 10/09/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 09/11/2018 |
| Consumo Medido:             | 78    | Emissão:         | 08/10/2018 |
| Consumo Faturado:           | 78    | Apresentação:    | 09/10/2018 |

| Fluxo de Faturamento | Código de Inquilinato | Valor Consumo |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| 00000000000000000000 | 00000000000000000000  | 2,31          |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                 |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|-----------------|
| Classificação                | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fiel | Módulo 12 meses |

|             |      |          |  |         |   |
|-------------|------|----------|--|---------|---|
| RESIDENCIAL | MONO | 110-2442 |  | 1-1-1-1 | 1 |
|-------------|------|----------|--|---------|---|

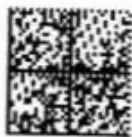
| HISTÓRICO kWh |                       | DESCRIÇÃO DA CONTA             |                           |
|---------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Mês/Ano       | Multiplicação consumo | CONSUMO                        | 78 A R\$ 0,834032 = 65,05 |
| SET/18        | 88                    | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 7,00                      |
| AGO/18        | 106                   | CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 | 0,85                      |
| JUL/18        | 88                    | MULTA POR ATRASO 08/18-00      | 1,77                      |
| JUN/18        | 95                    | JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 | 1,39                      |
| MAI/18        | 108                   | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 3,89                      |
| ABR/18        | 88                    |                                |                           |
| MAR/18        | 101                   |                                |                           |
| FEV/18        | 91                    |                                |                           |
| JAN/18        | 99                    |                                |                           |
| DEZ/17        | 78                    |                                |                           |

| MENSAGENS IMPORTANTES / REALIZO DE VENCIMENTO |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| Mes/Ano                                       | Valor R\$ |
| 09/2018                                       | 84,51     |

| RESUMÃO DO FISCAL 47EB.F3CB.08F.292A.98FC.5990.504B.4064 |        |
|----------------------------------------------------------|--------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$                                |        |
| Distribuição:                                            | 47,13  |
| Energia:                                                 | 0,00   |
| Transmissão:                                             | 0,00   |
| Encargos:                                                | 0,00   |
| Tributos:                                                | 17,92  |
| IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$                                  |        |
| Base de Cálculo:                                         | 65,05  |
| Alíquota ICMS:                                           | 22,00% |
| Valor do ICMS:                                           | 14,31  |
| Valor do PIS:                                            | 0,64   |
| Valor do COFINS:                                         | 2,97   |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE                              |        |
| DIC                                                      | PIC    |
| DMC                                                      | DICD   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019  
ENTE SEGURADORA S.A.  
Coelho de Rêgo, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI





00324557



CTCE FORTALEZA CE PL7  
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA  
SILVA  
R HENRIQUE DIAS 790  
VERMELHA  
64019-330 TERESINA PI

DATA DE VENCIMENTO: 05/01/19 - DATA DE POSTAGEM: 27/12/18



7216210573112450000004749630271218

Acesse sua conta e outros serviços:  
No App Minha Claro  
Na internet - minhaclaro.com.br  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052

**ClaroClube**

Saldo de pontos em 18/12/18  
Pontos resgatados em 11/18

4.236  
0

| Número do seu Claro | Período de Uso             | Vencimento | Total a Pagar |
|---------------------|----------------------------|------------|---------------|
| 86 99405 4326       | de 20/11/2018 a 19/12/2018 | 05/01/2019 | R\$ 47,09     |

Valor pago na última conta: R\$ 45,97

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

Individuais  
Assinatura Controle  
Juros e Multa  
Descontos  
Total do Mês

**Total a Pagar**

|            |              |
|------------|--------------|
| R\$        | 65,68        |
| R\$        | 1,12         |
| R\$        | -19,71       |
| R\$        | 47,09        |
| <b>R\$</b> | <b>47,09</b> |

**Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.**

**Prezado Cliente,**  
**Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEI (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.





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

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu maíra do Carmo Proadonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Igo Mascarenhas de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.519.993 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Francisco Igo Mascarenhas de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.519.993 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Henrique Dias

Número:

730

Complemento:

Bairro:

Unielha

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

64.019-330

E-mail:

Tel.(DDD):

86199982-3093

Local e Data: Teresina - PI 09.01.19

maíra do Carmo Proadonio da Silva

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 01/07/2020 08:47:07

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070108470724200000010018585>

Número do documento: 20070108470724200000010018585

Num. 10556822 - Pág. 12

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Mascarenhas,  
RG nº 1.960.914, data de expedição 09/01/98,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 179.641.983-00, com  
domicílio na cidade de Barras, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Localidade Inga, nº SIN,  
complemento Rural, 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 Igo Mascarenhas de Sousa, cujo o condutor era  
Francisco Igo Mascarenhas de Sousa.  
Veículo: Moto  
Modelo: Yamaha IT115 CRYPTON.E0  
Ano: 2010  
Placa: VIN-4756  
Chassi: 9C6KE1400A0003042  
Data do Acidente: 29/09/2013  
Local e Data: Barras - PI 10/12/18

Francisca das Chagas Mascarenhas  
Assinatura do Declarante



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



**HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO**PRAÇA. MONSENHOR BOSON,  
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000CNPJ: 12927470000169  
(86) 3242-1336 - ( ) -

HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P07863

Data: 29/09/2018

Funcionario: RABELO

Registro: 15938

Hora: 21:01:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 6

SUS

**FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

Nasc.: 09/06/1998 Idade: 20 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

End.: CORONEL CORREIA, 430 -

Bairro: XIQUE XIQUE

Cidade: BARRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA SONIA MASCARENHAS,

Pai: ANTONIO DE PADUA DE SOUSA

CPF: 081.519.993-73 - RG: 4.345.419 - SUS: 2066106131500C

Civil:

CEP: 64100-0

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 10 - MEDICO DE PLANTÃO

Responsável: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - O MESMO Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

29/09/2018 21:01 01

CONSULTA (CLINICA MEDICA)

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

(1) Limpeza + curativo

(2) Enxovalado à dor local

(3) Tramadol 100mg - 1AMP + 100mg SP091, EV

(4) Bromoprida - 1AMP + 100mg, EV

Dr. Augusto Costa Junior  
MEDICO  
CRM-PI 5502 CRM-MA 9183

Fdo. Rouvenet S. Alves



|              |            |
|--------------|------------|
| Atendimento: | 1015343    |
| Data:        | 30/09/2019 |
| Hora:        | 2:14       |

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

|        |
|--------|
| Nº AIP |
| OTAVIO |

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**82770 - FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA**

- Sexo: MASCULINO - 09/06/1998 - 20 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0701 Naturalidade:

Escolaridade: Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI

CPF: RG: 4345419 C/N: CNS: 206610613150003

Endereço: RUA CORONEL CORREIA, Nº 0 - CEP: 64100000 Bairro:

Cidade: 2201200- BARRAS/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: Mãe: MARIA SONIA MASCARENHA

Responsavel: FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA - ( ) -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

*Apêndice 5º PDE + Fract 3º e 4º PDE*

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

### Resultado

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

Transferido

### História Clínica

*fract por queda de Mob e/  
Apêndice 5º PDE + Fract 3º e 4º PDE*

### Diagnóstico Provável

*Apêndice 5º PDE + Fract 3º e 4º PDE*

Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427

PROFISSIONAL





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES  
2777746  
4 - CNES  
2777746

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
206610613150003  
10 - NOME DA MÃE  
MARIA SONIA MASCARENHA  
12 - ENDEREÇO  
RUA CORONEL CORREIA, 0 -  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BARRAS

8 - DATA DE NASCIMENTO  
09/06/1998

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
2201200  
15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64100000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
82770

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura por queda da mão, com amputação do  
5º PDE + fratura exposta do 4º PDE + fratura  
do 3º PDE

#### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

O quebra do osso

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

fratura + CF + RX

#### 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura 4º PDE

21 - CID PRINCIPAL  
S925  
22 - CID SECUNDÁRIO  
Y343  
23 - CAUSAS ASSOC.

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

urgência múltipla  
26 - CLÍNICA  
CLÍNICA MÉDICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

#### 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415010012

#### 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Felipe Vitor Paquimall

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
30/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CRM)  
CRM - PI 4427

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
MAURO RUBENS LIMA VERDE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR  
M230350101

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF  
20928319334

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO  
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional  
Leônidas Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: HOSPITAL DE BARRAS

Para: PRÉDIO: ORTOPEDIA  
SENHA 7208092907390

Nome da pessoa encaminhada:  
FRANCISCO IGO MARZENHAS DE SOUZA

Registro:

Motivo do encaminhamento: TRAUMA EM MIE (MOB) - FRAQUO FORTES 42150

HOSPITAL SEM RADIO-X.

FRAQUO FORTES 42150  
DECS?  
FRAQUO FORTES 42150  
PLANEC. 1152 / 52000

LIMPEZA + CURATIVO + ANALGESIA

Observações: ENCAMINHADO A ORTOPEDIA P/ ANALIA  
E RADIO-X

Dr. Alvaro Costa Junior  
MÉDICO  
(RM-P) 65007/CRM-PI 91113

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

Data 29/01/19

Resp. p/ encaminhamento

Obs: Deve ser encaminhado ao Centro de Saúde  
Unidade Mista e Hospital Regional  
Piauí-PI

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original:

Diagnóstico e Orientações:

Data   /  /  

Resp. p/ diagnóstico

Obs: Esta ficha deverá ser devolvida no  
Hospital de origem através do próprio  
Paciente devidamente fechada.





AV. DR. PAULINA MENDES, 300 - CENTRO  
64260-000, PIRIPRI/PI  
CNPJ: 06553564000480  
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impressão: 01/10/2018 - 07:33:4

Pág.: 1/

PACIENTE: 1015343-FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA IDADE: 20 Anos SUS  
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CM0703 ADMISSÃO: 30/09/2018 DIAS INTERNADO: 1

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/10/2018 - 07:32:59

DIETA LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

|                                                      |                           |        |                          |  |
|------------------------------------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|--|
| CLORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML GETTAR                  | 1,00 AMP INDOVENOSA (IV)  | 12/12H |                          |  |
| CEFAOTINA 1G INJ                                     | 1,00 FIAMFENDOVENOSA (EV) | 06/06H |                          |  |
| CEFTAMANDOL 500MG/ML 2ML                             | 3,00 AMP ENDOVENOSA (EV)  | 1X DIA | DILUIR EM 250 ML SF 0,9% |  |
| METRONIDAZOL 500MG/100ML INJETAVEL - BOLSAS          | 1,00 BOLS ENDOVENOSA (EV) | 08/08H |                          |  |
| DIPIRONA 1G AMP                                      | 1,00 UN ENDOVENOSA (EV)   | 06/06H |                          |  |
| TEMOXICAN 20MG PO LÍQUIDO P/SOLUÇÃO INJETAVEL        | 1,00 FIAMFENDOVENOSA (EV) | 12/12H |                          |  |
| TIAMMOLOL 100MG/2ML CLOTRIDATO                       | 1,00 UN ENDOVENOSA (EV)   | 08/08H | DILUIR EM 100 ML SF 0,9% |  |
| METOCLOPRAMIDA, CLOTRIDATO DE 10MG/ML 2ML - INJESTIL | 1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)  | 08/08H |                          |  |

SSV + CCGG

500mg por 120X80mm

02/10/18  
inf  
AS

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

Dr. Ednaldo G. M. M. Soares  
MÉDICO  
CRM-PI: 5888

PROFISSIONAL

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



AV. DR. PAULO MENDES, 300 - CENTRO  
64260-000, PIRIPIRI/PI  
CNPJ: 06553564000480  
TELEFONE: (86) 3276-3362



PACIENTE: 1015343-FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA IDADE: 20 Anos SUS  
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0701 ADMISSÃO: 30/09/2018 DIAS INTERNADO: 0

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/09/2018 - 08:48:51

DIETA LIVRE APOÓS EFEITO ANESTÉSICO

|                                                    |           |                       |                 |                          |  |
|----------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|--------------------------|--|
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA                | 1,00 AMP  | ENDOVENOSA (EV)       | 12/12H          |                          |  |
| FECHADO                                            |           |                       |                 |                          |  |
| CEFALOTINA 1G INJ.                                 | 1,00      | FRAMP ENDOVENOSA (EV) | 06/06H          |                          |  |
| GENTAMICINA 80MG/ML 2ML                            | 3,00 AMP  | ENDOVENOSA (EV)       | 1X DIA          | DILUIR EM 250 ML SF 0,9% |  |
| METRONIDAZOL 5MG/100ML INJETÁVEL - BOLSA           | 1,00 BOLS | ENDOVENOSA (EV)       | 08/08H          |                          |  |
| DIPIRONA 1G AMP                                    | 1,00 UN   | ENDOVENOSA (EV)       | 06/06H          |                          |  |
| TENOXICAN 20MG PO LÍQUIDO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL      | 1,00      | FRAMP ENDOVENOSA (EV) | 12/12H          |                          |  |
| TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO                      | 1,00 UN   | ENDOVENOSA (EV)       | 08/08H          | DILUIR EM 100 ML SF 0,9% |  |
| METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - FLASQU | SN        | 1,00 AMP              | ENDOVENOSA (EV) | 08/08H                   |  |

SSV + CCGG



PROFISSIONAL

Dr. Felipe Viana Maciel  
Otorrinolaringologista  
CRM 11.422

09:00-PM, 17:00 em dose única  
para controle da dor  
Relatando a presença  
em de dor, sem melhora  
de dor, 4/05/2018  
Nomes,  
Diagnóstico: Dor  
ENFERMEIRO  
CORREN-PI 315.0000



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE

Nota CEP: 847012-470  
Teresina-Pi

NOME: Francisco Igo Macarenhas de Sousa

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: Dr. Felipe ANESTESISTA: Dr. Eduardo

CIRURGIA: \_\_\_\_\_

INÍCIO: 09:35 TÉRMINO: 09:45 ANESTESIA: raque

| MATERIAL DE CONSUMO        | UNIDADE | QUANTIDADE | MATERIAL DE CONSUMO  | UNIDADE | QUANTIDADE | MATERIAL DE CONSUMO    | UNIDADE | QUANTIDADE |
|----------------------------|---------|------------|----------------------|---------|------------|------------------------|---------|------------|
| AGULHA 13 x 4,5            |         |            | ATADURA GESSADA      |         |            | EFEDRINA               |         |            |
| AGULHA 25 x 7              | X       | 02         | MICROPORE            |         |            | FUROSEMIDA/PROMETAZINA |         |            |
| AGULHA 30 x 7              |         |            | ESPARADRAPO          |         |            | GLICOSE 25%            |         |            |
| AGULHA 30 x 8              |         |            |                      |         |            | GLICOSE 50%            |         |            |
| AGULHA 40 x 12             |         |            | FIOS CIRÚRGICOS      |         |            | GLUCONATO DE CÁLCIO    |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 20G x 3    |         |            | MONONYLON Nº 0       |         |            | HEPARINA               |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 22G x 2    |         |            | MONONYLON Nº 1       |         |            | NITROPRUSSATO          |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 22G x 3    |         |            | MONONYLON Nº 2       |         |            | PROSTIGIMINE           |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 25G x 3    |         |            | MONONYLON Nº 3       |         |            | METOCLOPRAMIDA         |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 26G x 3    |         |            | MONONYLON Nº 4       | X       | 01         | SUCCINILCOLINA         |         |            |
| AGULHA DE RAQUE 27G x 3    |         |            | MONONYLON Nº 5       |         |            | SULFATO DE MAGNÉSIO    |         |            |
| SERINGA 1 ML               |         |            | MONONYLON Nº 6       |         |            | METILPREDNISOLONA      |         |            |
| SERINGA 5 ML               | X       | 01         | MONONYLON Nº 7       |         |            | DICLOFENACO            |         |            |
| SERINGA 10 ML              | X       | 01         | VICRYL Nº 0          |         |            |                        |         |            |
| SERINGA 20 ML              |         |            | VICRYL Nº 1          |         |            | ANTIBIÓTICOS           |         |            |
| SERINGA 50 ML              |         |            | VICRYL Nº 2          |         |            | AMPLICILINA            |         |            |
| SERINGA 60 ML              |         |            | VICRYL Nº 3          |         |            | CEFALOTINA             |         |            |
| CATETER JELCO Nº 14        |         |            | VICRYL Nº 4          |         |            | CEFAZOLINA             | X       | 02         |
| CATETER JELCO Nº 16        |         |            | VICRYL Nº 5          |         |            | CEFTRAXONA             |         |            |
| CATETER JELCO Nº 18        | X       | 01         | VICRYL Nº 6          |         |            | GENTAMICINA            |         |            |
| CATETER JELCO Nº 22        |         |            | CAT GUT SIMPLES Nº   |         |            | METRONIDAZOL           |         |            |
| CATETER JELCO Nº 24        |         |            | CAT GUT SIMPLES Nº   |         |            |                        |         |            |
| CATETER PERIDURAL          |         |            | CATGUT CROMADO Nº    |         |            | SOROS                  |         |            |
| SCALP Nº 19                |         |            | CATGUT CROMADO Nº    |         |            | FISIOLÓGICO 250ML      |         |            |
| SCALP Nº 21                |         |            |                      |         |            | FISIOLÓGICO 500ML      |         |            |
| SCALP Nº 23                |         |            | SOLUÇÕES             |         |            | GLUCOSADO 5% 250ML     |         |            |
| SCALP Nº 25                |         |            | ÁLCOOL 70%           | X       | 20ml       | GLUCOSADO 5% 500ML     |         |            |
| SCALP Nº 27                |         |            | ÁLCOOL 90%           |         |            | RINGER LACTADO 500ML   |         |            |
| EQUIPO INJ. LATERAL        |         |            | PVPI TÓPICO          | X       | 30ml       | MANITOL                |         |            |
| EQUIPO POLIFIX 2 VIAS      |         |            | PVPI DEGERMANTE      | X       | 30ml       |                        |         |            |
| EQUIPO POLIFIX 4 VIAS      |         |            | ÁLCOOL IODADO        |         |            | PSICOTRÓPICOS          |         |            |
| EQUIPO MACROGOTAS          | X       | 01         | ÁGUA OXIGENADA       |         |            | MIDAZOLAN 15MG         |         |            |
| EQUIPO MICROGOTAS          |         |            | VASELINA LÍQUIDA     |         |            | MIDAZOLAN 50MG         |         |            |
| EQUIPO DE SANGUE           |         |            | FORMOL               |         |            | DOMOTIDOLSSAL          |         |            |
| DRENO DE PENROSE Nº        |         |            | CLOREXIDINA          |         |            | FENTANIL FRASCO        |         |            |
| DRENO DE SUÇÃO Nº          |         |            |                      |         |            | FENTANIL AMPOLA        |         |            |
| DRENO DE TORAX Nº          |         |            | ANESTÉSICOS          |         |            | PROPOFOL               |         |            |
| UROFIX SIST. ABERTO        |         |            | XYLOCAÍNA GEL        |         |            | HALOTANO               |         |            |
| UROFIX SIST. FECHADO       |         |            | XYLOCAÍNA SPRAY      |         |            | ENFLURANO              |         |            |
| ELETRODOS                  |         |            | XYLOCAÍNA 2% S/V     |         |            | ISOFURANO              |         |            |
| LÂMINA Nº 11               |         |            | NEOCAÍNA PESADA      |         |            | SEVOFLURANO 100MG      |         |            |
| LÂMINA Nº 15               |         |            | NEOCAÍNA 0,5% S/V    | X       | 01         | SEFURANO 250MG         |         |            |
| LÂMINA Nº 24               | X       | 01         | NEOCAÍNA 0,5% C/V    |         |            | THIOPENTAL 1G          |         |            |
| LUVA ESTÉRIL 6,5           | X       | 02         | BUPIVACAÍNA 5 MG     |         |            | THIOPENTAL             |         |            |
| LUVA ESTÉRIL 7,0           |         |            |                      |         |            | NARCAN                 |         |            |
| LUVA ESTÉRIL 7,5           |         |            | MEDICAMENTOS         |         |            |                        |         |            |
| LUVA ESTÉRIL 8,0           | X       | 02         | ADRENALINA           |         |            | TAXA EQUIPAMENTO       |         |            |
| LUVA ESTÉRIL 8,5           |         |            | AMINOPIRINA          |         |            | BISTURI ELÉTRICO       |         |            |
| LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR) | X       | 05         | ATROPINA             |         |            | ASPIRADOR              |         |            |
| SONDA DE FOLLEY            |         |            | ÁGUA DESTILADA       |         |            | AR COMPRIMIDO (H)      |         |            |
| TUBO OROTRAQUEAL           |         |            | BUSCOPAN             |         |            | MICROSCÓPIO            |         |            |
| CÂNULA TRAQUEOSTOMIA       |         |            | CEDILANIDE           |         |            | RX EM SALA             |         |            |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº      |         |            | HIDROCORTISONA 100MG |         |            | MONITOR CARDÍACO       |         |            |
| SONDA GÁSTRICA Nº          |         |            | HIDROCORTISONA 500MG |         |            | OXÍMETRO DE PULSO      |         |            |
| CERA ÓSSEA                 |         |            | KCL                  |         |            | CARRIO DE ANESTESIA    |         |            |
| SURGICEL                   |         |            | NACI 10%             |         |            | OXIGÊNIO (H)           |         |            |
| TELA DE PROLENE            |         |            | NACI 20%             |         |            |                        |         |            |
| ATADURA DE CREPOM Nº       | X       | 02         | DEXAMETASONA         | X       | 01         | OUTROS                 |         |            |
| COMPRESSA                  | X       | 03         | DIPIRONA             |         |            | multifunção            |         | 01         |
| COMPRESSA DE GAZES         | X       | 03         | DOBUTAMINA           |         |            |                        |         |            |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO         |         |            | EPORTIL              |         |            |                        |         |            |

ITA

INSTRUMENTADOR

rayston

CIRCULANTE

Ivanilda e Bracinha



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 30/9/18 ENFERMARIA/LEITO: CLÍNICA:

NOME: Francisco Gp Marcondes de Souza

DIAGNÓSTICO: Lesão traumática do 5º PE CID: S983

CIRURGIA: Regulagem de coto de Amputação PROCEDIMENTO: 0408060042

CIRURGIÃO: Dr. Felipe AUXILIAR: M. Wilson

ANESTESISTA: M. Eduardo INSTRUMENTADOR:

#### TÉCNICA CIRÚRGICA

Anestesia em MMH sob apnoe  
Amputação - Rep  
LHC  
Regulagem de coto de Amputação  
Sutura  
Urato

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATORIO CIRÚRGICO

|                                         |                          |           |
|-----------------------------------------|--------------------------|-----------|
| DATA: 30/9                              | ENFERMARIA/LEITO:        | CLÍNICA:  |
| NOME: Francisco Jo. Marcenário de Sousa |                          |           |
| DIAGNÓSTICO: Ferimento do pé            |                          | CID: T01B |
| CIRURGIA: LMC                           | PROCEDIMENTO: 0413040778 |           |
| CIRURGIÃO: Dr Felipe                    | AUXILIAR: Dr Wilson      |           |
| ANESTESISTA: Dr Edmundo                 | INSTRUMENTADOR:          |           |

TÉCNICA CIRÚRGICA

ferimento em MMJ 2ºs e 3ºs metacarpos  
Anest. + Antibi. - Nupur  
Amputação de 2ºs e 3ºs metacarpos  
LMC  
Futura  
Sutura  
Curado



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

Dr. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 30/9

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Franco 1º marechal, de Souza

CID:

5925

DIAGNÓSTICO:

Fratura do 4º PDE

CIRURGIA:

Osteosintese frax 4º PDE

PROCEDIMENTO:

0408050970

CIRURGIÃO:

Dr Felipe

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Exame em MM 4º PDE aberto

Anest. e anti-rupe

Aplicação do aço liado

LMC

Fixação 1º PDE

Limpza

Sutura

Curato

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 - 1001 C  
Centro - Niterói CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

DR. FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 4427



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

## RECEITUÁRIO

NOME: Fco Igo Macanudo de Jesus

0 Cefalosporos ——— ✓

- Tomar 01x vo 6/6h x 7 dia

② Fluoxos ——— ✓

- Tomar 01x vo 12/12h x 10 dia

0 Curativos locais

0 Retornar dia 15/10/18 7.00  
Dr. Guterres

Data: 02, 10, 18

Médico (assinatura e carimbo:)



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

CNPJ: 06.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI

E-mail: hcr@saude.pi.gov.br

RECEITUÁRIO

NOME: Francisco Igo Moniz de Sousa

Alto para os dentes - fim grm e  
parte mecânica de trilha (30) Lin  
de afundamento.

CTD: 5920



Dr. Gutenberg C. M. M. Soares  
MEDICO  
CRM-PI: 5398

15-10-18

Data:



FRANCISCO IGOR MASCARENHA HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
PS 80496  
Folha: 0003 PA

E



Level: 864  
Window: 1888

Tec: JAMCO  
Fecha: 30/09/2018 Hora: 09:11

CONTENÍVEL SINISTRO  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Niterói CEP: 24090-000

FRANCISCO IGOR MASCARENHA HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
PS 80496  
Folha: 0003 PA

E

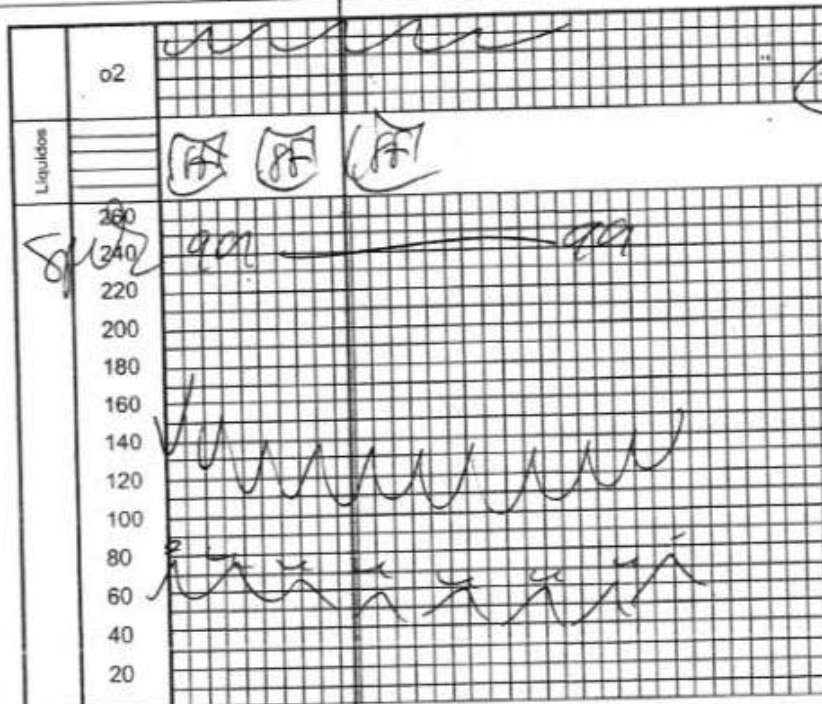


Level: 896  
Window: 1759

Tec: JAMCO  
Fecha: 30/09/2018 Hora: 1



|                                 |                |             |             |             |       |
|---------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Nome <u>Fco Ego M. de Souza</u> |                | Clínica     |             | Prontuário  |       |
| Idade                           | Sexo           | Cor         | Procedência |             |       |
| Data                            | Pres. Arterial | Pulso       | Respiração  | Temperatura | Fuso  |
| Tipo sanguíneo                  | Hemácias       | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia    | Uréia |
|                                 | Outros         |             |             |             |       |
| Urina                           |                |             |             |             |       |



**INCLUSÃO**  
 Satisf    Excit    Tosse     
 laring-espasmo    lente     
 náuseas    vômitos     
 outros:   

**MANUTENÇÃO**  
 Anest. Satisf    sim    não     
 não. por que?   

**DESPERTAR**  
 Reflexos na SO     
 Obstr.    02    Excit     
 náuseas    vômitos     
 outros:   

com cânula  
 para o leito, sim    não   

**CONDIÇÕES**  
Boas

Símbolos e  
 Anotações

Posição

Agentes Propofol 130ml / Propofol 80ml  
 Técnica SA 02 27 01 13-14 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 25-26 27-28 29-30 31-32 33-34 35-36 37-38 39-40 41-42 43-44 45-46 47-48 49-50 51-52 53-54 55-56 57-58 59-60 61-62 63-64 65-66 67-68 69-70 71-72 73-74 75-76 77-78 79-80 81-82 83-84 85-86 87-88 89-90 91-92 93-94 95-96 97-98 99-100 101-102 103-104 105-106 107-108 109-110 111-112 113-114 115-116 117-118 119-120 121-122 123-124 125-126 127-128 129-130 131-132 133-134 135-136 137-138 139-140 141-142 143-144 145-146 147-148 149-150 151-152 153-154 155-156 157-158 159-160 161-162 163-164 165-166 167-168 169-170 171-172 173-174 175-176 177-178 179-180 181-182 183-184 185-186 187-188 189-190 191-192 193-194 195-196 197-198 199-200 201-202 203-204 205-206 207-208 209-210 211-212 213-214 215-216 217-218 219-220 221-222 223-224 225-226 227-228 229-230 231-232 233-234 235-236 237-238 239-240 241-242 243-244 245-246 247-248 249-250 251-252 253-254 255-256 257-258 259-260 261-262 263-264 265-266 267-268 269-270 271-272 273-274 275-276 277-278 279-280 281-282 283-284 285-286 287-288 289-290 291-292 293-294 295-296 297-298 299-300 301-302 303-304 305-306 307-308 309-310 311-312 313-314 315-316 317-318 319-320 321-322 323-324 325-326 327-328 329-330 331-332 333-334 335-336 337-338 339-340 341-342 343-344 345-346 347-348 349-350 351-352 353-354 355-356 357-358 359-360 361-362 363-364 365-366 367-368 369-370 371-372 373-374 375-376 377-378 379-380 381-382 383-384 385-386 387-388 389-390 391-392 393-394 395-396 397-398 399-400 401-402 403-404 405-406 407-408 409-410 411-412 413-414 415-416 417-418 419-420 421-422 423-424 425-426 427-428 429-430 431-432 433-434 435-436 437-438 439-440 441-442 443-444 445-446 447-448 449-450 451-452 453-454 455-456 457-458 459-460 461-462 463-464 465-466 467-468 469-470 471-472 473-474 475-476 477-478 479-480 481-482 483-484 485-486 487-488 489-490 491-492 493-494 495-496 497-498 499-500 501-502 503-504 505-506 507-508 509-510 511-512 513-514 515-516 517-518 519-520 521-522 523-524 525-526 527-528 529-530 531-532 533-534 535-536 537-538 539-540 541-542 543-544 545-546 547-548 549-550 551-552 553-554 555-556 557-558 559-560 561-562 563-564 565-566 567-568 569-570 571-572 573-574 575-576 577-578 579-580 581-582 583-584 585-586 587-588 589-590 591-592 593-594 595-596 597-598 599-600 601-602 603-604 605-606 607-608 609-610 611-612 613-614 615-616 617-618 619-620 621-622 623-624 625-626 627-628 629-630 631-632 633-634 635-636 637-638 639-640 641-642 643-644 645-646 647-648 649-650 651-652 653-654 655-656 657-658 659-660 661-662 663-664 665-666 667-668 669-670 671-672 673-674 675-676 677-678 679-680 681-682 683-684 685-686 687-688 689-690 691-692 693-694 695-696 697-698 699-700 701-702 703-704 705-706 707-708 709-710 711-712 713-714 715-716 717-718 719-720 721-722 723-724 725-726 727-728 729-730 731-732 733-734 735-736 737-738 739-740 741-742 743-744 745-746 747-748 749-750 751-752 753-754 755-756 757-758 759-760 761-762 763-764 765-766 767-768 769-770 771-772 773-774 775-776 777-778 779-780 781-782 783-784 785-786 787-788 789-790 791-792 793-794 795-796 797-798 799-800 801-802 803-804 805-806 807-808 809-810 811-812 813-814 815-816 817-818 819-820 821-822 823-824 825-826 827-828 829-830 831-832 833-834 835-836 837-838 839-840 841-842 843-844 845-846 847-848 849-850 851-852 853-854 855-856 857-858 859-860 861-862 863-864 865-866 867-868 869-870 871-872 873-874 875-876 877-878 879-880 881-882 883-884 885-886 887-888 889-890 891-892 893-894 895-896 897-898 899-900 901-902 903-904 905-906 907-908 909-910 911-912 913-914 915-916 917-918 919-920 921-922 923-924 925-926 927-928 929-930 931-932 933-934 935-936 937-938 939-940 941-942 943-944 945-946 947-948 949-950 951-952 953-954 955-956 957-958 959-960 961-962 963-964 965-966 967-968 969-970 971-972 973-974 975-976 977-978 979-980 981-982 983-984 985-986 987-988 989-990 991-992 993-994 995-996 997-998 999-1000 1001-1002 1003-1004 1005-1006 1007-1008 1009-1010 1011-1012 1013-1014 1015-1016 1017-1018 1019-1020 1021-1022 1023-1024 1025-1026 1027-1028 1029-1030 1031-1032 1033-1034 1035-1036 1037-1038 1039-1040 1041-1042 1043-1044 1045-1046 1047-1048 1049-1050 1051-1052 1053-1054 1055-1056 1057-1058 1059-1060 1061-1062 1063-1064 1065-1066 1067-1068 1069-1070 1071-1072 1073-1074 1075-1076 1077-1078 1079-1080 1081-1082 1083-1084 1085-1086 1087-1088 1089-1090 1091-1092 1093-1094 1095-1096 1097-1098 1099-1100 1101-1102 1103-1104 1105-1106 1107-1108 1109-1110 1111-1112 1113-1114 1115-1116 1117-1118 1119-1120 1121-1122 1123-1124 1125-1126 1127-1128 1129-1130 1131-1132 1133-1134 1135-1136 1137-1138 1139-1140 1141-1142 1143-1144 1145-1146 1147-1148 1149-1150 1151-1152 1153-1154 1155-1156 1157-1158 1159-1160 1161-1162 1163-1164 1165-1166 1167-1168 1169-1170 1171-1172 1173-1174 1175-1176 1177-1178 1179-1180 1181-1182 1183-1184 1185-1186 1187-1188 1189-1190 1191-1192 1193-1194 1195-1196 1197-1198 1199-1200 1201-1202 1203-1204 1205-1206 1207-1208 1209-1210 1211-1212 1213-1214 1215-1216 1217-1218 1219-1220 1221-1222 1223-1224 1225-1226 1227-1228 1229-1230 1231-1232 1233-1234 1235-1236 1237-1238 1239-1240 1241-1242 1243-1244 1245-1246 1247-1248 1249-1250 1251-1252 1253-1254 1255-1256 1257-1258 1259-1260 1261-1262 1263-1264 1265-1266 1267-1268 1269-1270 1271-1272 1273-1274 1275-1276 1277-1278 1279-1280 1281-1282 1283-1284 1285-1286 1287-1288 1289-1290 1291-1292 1293-1294 1295-1296 1297-1298 1299-1300 1301-1302 1303-1304 1305-1306 1307-1308 1309-1310 1311-1312 1313-1314 1315-1316 1317-1318 1319-1320 1321-1322 1323-1324 1325-1326 1327-1328 1329-1330 1331-1332 1333-1334 1335-1336 1337-1338 1339-1340 1341-1342 1343-1344 1345-1346 1347-1348 1349-1350 1351-1352 1353-1354 1355-1356 1357-1358 1359-1360 1361-1362 1363-1364 1365-1366 1367-1368 1369-1370 1371-1372 1373-1374 1375-1376 1377-1378 1379-1380 1381-1382 1383-1384 1385-1386 1387-1388 1389-1390 1391-1392 1393-1394 1395-1396 1397-1398 1399-1400 1401-1402 1403-1404 1405-1406 1407-1408 1409-1410 1411-1412 1413-1414 1415-1416 1417-1418 1419-1420 1421-1422 1423-1424 1425-1426 1427-1428 1429-1430 1431-1432 1433-1434 1435-1436 1437-1438 1439-1440 1441-1442 1443-1444 1445-1446 1447-1448 1449-1450 1451-1452 1453-1454 1455-1456 1457-1458 1459-1460 1461-1462 1463-1464 1465-1466 1467-1468 1469-1470 1471-1472 1473-1474 1475-1476 1477-1478 1479-1480 1481-1482 1483-1484 1485-1486 1487-1488 1489-1490 1491-1492 1493-1494 1495-1496 1497-1498 1499-1500 1501-1502 1503-1504 1505-1506 1507-1508 1509-1510 1511-1512 1513-1514 1515-1516 1517-1518 1519-1520 1521-1522 1523-1524 1525-1526 1527-1528 1529-1530 1531-1532 1533-1534 1535-1536 1537-1538 1539-1540 1541-1542 1543-1544 1545-1546 1547-1548 1549-1550 1551-1552 1553-1554 1555-1556 1557-1558 1559-1560 1561-1562 1563-1564 1565-1566 1567-1568 1569-1570 1571-1572 1573-1574 1575-1576 1577-1578 1579-1580 1581-1582 1583-1584 1585-1586 1587-1588 1589-1590 1591-1592 1593-1594 1595-1596 1597-1598 1599-1600 1601-1602 1603-1604 1605-1606 1607-1608 1609-1610 1611-1612 1613-1614 1615-1616 1617-1618 1619-1620 1621-1622 1623-1624 1625-1626 1627-1628 1629-1630 1631-1632 1633-1634 1635-1636 1637-1638 1639-1640 1641-1642 1643-1644 1645-1646 1647-1648 1649-1650 1651-1652 1653-1654 1655-1656 1657-1658 1659-1660 1661-1662 1663-1664 1665-1666 1667-1668 1669-1670 1671-1672 1673-1674 1675-1676 1677-1678 1679-1680 1681-1682 1683-1684 1685-1686 1687-1688 1689-1690 1691-1692 1693-1694 1695-1696 1697-1698 1699-1700 1701-1702 1703-1704 1705-1706 1707-1708 1709-1710 1711-1712 1713-1714 1715-1716 1717-1718 1719-1720 1721-1722 1723-1724 1725-1726 1727-1728 1729-1730 1731-1732 1733-1734 1735-1736 1737-1738 1739-1740 1741-1742 1743-1744 1745-1746 1747-1748 1749-1750 1751-1752 1753-1754 1755-1756 1757-1758 1759-1760 1761-1762 1763-1764 1765-1766 1767-1768 1769-1770 1771-1772 1773-1774 1775-1776 1777-1778 1779-1780 1781-1782 1783-1784 1785-1786 1787-1788 1789-1790 1791-1792 1793-1794 1795-1796 1797-1798 1799-1800 1801-1802 1803-1804 1805-1806 1807-1808 1809-1810 1811-1812 1813-1814 1815-1816 1817-1818 1819-1820 1821-1822 1823-1824 1825-1826 1827-1828 1829-1830 1831-1832 1833-1834 1835-1836 1837-1838 1839-1840 1841-1842 1843-1844 1845-1846 1847-1848 1849-1850 1851-1852 1853-1854 1855-1856 1857-1858 1859-1860 1861-1862 1863-1864 1865-1866 1867-1868 1869-1870 1871-1872 1873-1874 1875-1876 1877-1878 1879-1880 1881-1882 1883-1884 1885-1886 1887-1888 1889-1890 1891-1892 1893-1894 1895-1896 1897-1898 1899-1900 1901-1902 1903-1904 1905-1906 1907-1908 1909-1910 1911-1912 1913-1914 1915-1916 1917-1918 1919-1920 1921-1922 1923-1924 1925-1926 1927-1928 1929-1930 1931-1932 1933-1934 1935-1936 1937-1938 1939-1940 1941-1942 1943-1944 1945-1946 1947-1948 1949-1950 1951-1952 1953-1954 1955-1956 1957-1958 1959-1960 1961-1962 1963-1964 1965-1966 1967-1968 1969-1970 1971-1972 1973-1974 1975-1976 1977-1978 1979-1980 1981-1982 1983-1984 1985-1986 1987-1988 1989-1990 1991-1992 1993-1994 1995-1996 1997-1998 1999-2000 2001-2002 2003-2004 2005-2006 2007-2008 2009-2010 2011-2012 2013-2014 2015-2016 2017-2018 2019-2020 2021-2022 2023-2024 2025-2026 2027-2028 2029-2030 2031-2032 2033-2034 2035-2036 2037-2038 2039-2040 2041-2042 2043-2044 2045-2046 2047-2048 2049-2050 2051-2052 2053-2054 2055-2056 2057-2058 2059-2060 2061-2062 2063-2064 2065-2066 2067-2068 2069-2070 2071-2072 2073-2074 2075-2076 2077-2078 2079-2080 2081-2082 2083-2084 2085-2086 2087-2088 2089-2090 2091-2092 2093-2094 2095-2096 2097-2098 2099-2100 2101-2102 2103-2104 2105-2106 2107-2108 2109-2110 2111-2112 2113-2114 2115-2116 2117-2118 2119-2120 2121-2122 2123-2124 2125-2126 2127-2128 2129-2130 2131-2132 2133-2134 2135-2136 2137-2138 2139-2140 2141-2142 2143-2144 2145-2146 2147-2148 2149-2150 2151-2152 2153-2154 2155-2156 2157-2158 2159-2160 2161-2162 2163-2164 2165-2166 2167-2168 2169-2170 2171-2172 2173-2174 2175-2176 2177-2178 2179-2180 2181-2182 2183-2184 2185-2186 2187-2188 2189-2190 2191-2192 2193-2194 2195-2196 2197-2198 2199-2200 2201-2202 2203-2204 2205-2206 2207-2208 2209-2210 2211-2212 2213-2214 2215-2216 2217-2218 2219-2220 2221-2222 2223-2224 2225-2226 2227-2228 2229-2230 2231-2232 2233-2234 2235-2236 2237-2238 2239-2240 2241-2242 2243-2244 2245-2246 2247-2248 2249-2250 2251-2252 2253-2254 2255-2256 2257-2258 2259-2260 2261-2262 2263-2264 2265-2266 2267-2268 2269-2270 2271-2272 2273-2274 2275-2276 2277-2278 2279-2280 2281-2282 2283-2284 2285-2286 2287-2288 2289-2290 2291-2292 2293-2294 2295-2296 2297-2298 2299-2300 2301-2302 2303-2304 2305-2306 2307-2308 2309-2310 2311-2312 2313-2314 2315-2316 2317-2318 2319-2320 2321-2322 2323-2324 2325-2326 2327-2328 2329-2330 2331-2332 2333-2334 2335-2336 2337-2338 2339-2340 2341-2342 2343-2344 2345-2346 2347-2348 2349-2350 2351-2352 2353-2354 2355-2356 2357-2358 2359-2360 2361-2362 2363-2364 2365-2366 2367-2368 2369-2370 2371-2372 2373-2374 2375-2376 2377-2378 2379-2380 2381-2382 2383-2384 2385-2386 2387-2388 2389-2390 2391-2392 2393-2394 2395-2396 2397-2398 2399-2400 2401-2402 2403-2404 2405-2406 2407-2408 2409-2410 2411-2412 2413-2414 2415-2416 2417-2418 2419-2420 2421-2422 2423-2424 2425-2426 2427-2428 2429-2430 2431-2432 2433-2434 2435-2436 2437-2438 2439-2440 2441-2442 2443-2444 2445-2446 2447-2448 2449-2450 2451-2452 2453-2454 2455-2456 2457-2458 2459-2460 2461-2462 2463-2464 2465-2466 2467-2468 2469-2470 2471-2472 2473-2474 2475-2476 2477-2478 2479-2480 2481-2482 2483-2484 2485-2486 2487-2488 2489-2490 2491-2492 2493-2494 2495-249

|                                 |                |             |             |             |       |
|---------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Nome <u>Fco Fgo M. de Souza</u> |                | Clínica     |             | Prontuário  |       |
| Idade                           | Sexo           | Cor         |             | Procedência |       |
| Data                            | Pres. Arterial | Pulso       | Respiração  | Temperatura | Fuso  |
| Tipo sanguíneo                  | Hemácias       | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia    | Uréia |
|                                 | Urina          |             |             |             |       |

|                                                   |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Líquidos                                          | o2  |  |                                                                                                                                | <b>INCLUSÃO</b><br>Satisf. <u>Excit.</u> <u>Tosse</u><br>laring-espasmo <u>lente</u><br>náuseas <u>vômitos</u><br>outros: _____ |
|                                                   | 280 |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 220                                               |     |  | <b>MANUTENÇÃO</b><br>Anest. Satisf. <u>sim</u> <u>não</u><br>não. por que? _____                                               |                                                                                                                                 |
| 200                                               |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 180                                               |     |  | <b>DESPERTAR</b><br>Reflexos na <u>S</u> <u>P</u><br>Obstr. <u>02</u> <u>Excit.</u><br>náuseas <u>vômitos</u><br>outros: _____ |                                                                                                                                 |
| 160                                               |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 140                                               |     |  | com cânula<br>para o leito, <u>sim</u> <u>não</u><br><b>CONDIÇÕES</b><br><u>Boas</u>                                           |                                                                                                                                 |
| 120                                               |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 100                                               |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 80                                                |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 60                                                |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 40                                                |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| 20                                                |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Símbolos e Anotações                              |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Posição                                           |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Agentes <u>Procaine 130ml / Propofol 100ml</u>    |     |  |                                                                                                                                | Cânulas                                                                                                                         |
| Técnica <u>RA 98-27-6 / 13-14 / 15-16 / 17-18</u> |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Operação <u>Ortopedia</u>                         |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Cirurgiões <u>Julio</u>                           |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Anestesistas <u>Edson</u>                         |     |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
| Observações                                       |     |  |                                                                                                                                | Perda Sanguínea                                                                                                                 |

|                                                    |                              |                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>OXIGÊNIO</b>                                    |                              | <b>PACIENTE TRANSFUNDIDO</b>                                                                                                                                                                             |  |
| INÍCIO: _____                                      |                              | RH: _____                                                                                                                                                                                                |  |
| TERMINO: _____                                     |                              |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Fraxedil _____ amp                                 | Soro Glicosado 500ml _____   | <b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</b><br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>10 JAN 2018<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Cosmo de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Niterói - CEP: 64.002-470<br>Teresina - PI |  |
| Inoval _____ amp                                   | Soro Fisiológico 500ml _____ |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Quelicin _____ amp                                 | Água Bidestilada 10ml _____  |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Fentanil _____ amp                                 | Xilocaína _____              |                                                                                                                                                                                                          |  |
| valium _____ amp                                   | Butterfly n° _____           |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Trionembutal _____ amp                             | Filutane _____ amp           |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Atropina _____ amp                                 | Prostigmine _____ amp        |                                                                                                                                                                                                          |  |
| Adrenalina _____ amp                               |                              |                                                                                                                                                                                                          |  |
| ITA: _____ / _____ / _____ Anestesista - CRM _____ |                              |                                                                                                                                                                                                          |  |





30.08.2018 IDADE: 20 SEXO: M TÉCNICO: Hora: 01:19:15  
FRANCISCO IGO M DE SOUSA ID: PS 1021 DATASC: 01.08.1998  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



*Ednan do Igo Mascarenhas de Sousa*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0744898

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.345.419

DATA DE EMISSÃO 29/01/16

NOME FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA SÔNIA MASCARENHAS  
ANTÔNIO DE PADUA DE SOUSA OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO 09/06/1998

CERT. NASC. 38516 L 036 F 101

EXP. BARRAS-PI 29/11/13

081.519.993-73

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

ASSINATURA DO DETENTOR: JOÃO DE DEUS MARTINS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JAN 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 CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

WOM: MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 DATA NASCIMENTO: 10/09/1971

FEIÇÃO: LUIZ PROCEDONIO DA SILVA  
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ AUTOMOTORES ☐ AC ☐ CATRIN B

Nº REGISTRO: 02851011130 VALIDEZ: 15/12/2022 F. HABILITAÇÃO: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura de Maria do Carmo Procedonio da Silva

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

70415881046  
PI320621305

PIAUI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR 1554660910

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA 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:** 3190025439 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO; LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA DO PÉ; OSTEOSÍNTESE - FIO DE KIRSCHNER DO 4º DEDO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ.  
DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DO PÉ.  
PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 15 %      | R\$ 2.025,00          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190025439 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO IGO MASCARENHAS DE SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO; LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA DO PÉ; OSTEOSÍNTESE - FIO DE KIRSCHNER DO 4º DEDO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DO PÉ.  
DÉFICIT ANATÔMICO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º DEDO DO PÉ.  
PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 15 %      | R\$ 2.025,00          |

