

Control: x Audiência: x Upload: x Tribuna: x Portal: x PJ: Acesso: x Consu: x PJ: 080347: x Caixa de: x (1): x Merge: x +

Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=446957&ca=bfa1c135d832414d3fe4cac... ☆

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

PJE ProceComCiv 0803477-90.2020.8.18.0140
FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS ...

10707317 - CONTESTAÇÃO (2732072 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/07/2020 12:47:35

09 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10707314 - CONTESTAÇÃO
 - 10707317 - CONTESTAÇÃO (2732072 CONTESTACAO 01)
 - 10707320 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10707321 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10707322 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10707324 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 13

2732072- CS/ 2020-02469/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08034779020208180140

prot + proc adm.pdf | prot + cont.pdf | pa.pdf | c.pdf | prot + pç.pdf | Exibir todos x

PT 12:47 09/07/2020



Número: **0803477-90.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10707320	09/07/2020 12:47	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



REGISTRO GERAL
36.100.495-3
DATA DE EMISSÃO 10/DEZ/98

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

PAIS
IVO TRAJANO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO
E ADA MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

NATURALIDADE
VALENÇA DO PIAUI -PI 17/SET/1972



DOC. CÍVIL
VALENÇA DO PIAUI/PI
CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927

ASSINATURA DO DETENTOR
Jose Ivan de Oliveira

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON GAUNT

CARTeira DE IDENTIDADE

Jose Ivan de Oliveira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de Inscrição
411758243-72



Data do Nascimento
17/09/72



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604872307
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODB RENAVAM 00815764898 FLNTRC EXERCÍCIO 2019

NOME MARIA DA CRUZ DA CONCEIÇÃO SANTO S

CPF / CNPJ 40200185888 PLACA ILM-6871

PLACA ANT / UF ILM-6871 CHASSI 9C2HA07104R001367

ESPECIE TIPO FAS/MOTONETA /NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ ES ANO FAB 2003 ANO MOD 2004

CAP / POT / CIL 02P/0097CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º IPVA 3º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

SEGURO OBRIGATORIO SEM RESTRIÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NOVO ORIENTADO DO PI/PI/VI 21/05/2019

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013604872307 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 2019 DATA EMISSÃO 21/05/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 40200185888 PLACA ILM-6871

RENAVAM 00815764898 MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ ES

ANO FAB 2003 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2HA07104R001367

PRÊMIO TARIFÁRIO 000,00 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 000,00 084,58

PAGAMENTO 20/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.808/0001-04



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190660699**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOAQUIM PIRES, SN - CENTRO - Novo Oriente do Piauí - PI - CEP 64530-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp** / **PI**] **2692812**

Data e local do acidente: [**30/05/2019**] **Valença do Piauí**

Data e local do exame: [**03/12/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de clavícula direita

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418530/19

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CPF: 022.741.153-62

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ : 022.741.153-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190347465 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo

Descrição do exame físico: Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia coxa. Perda de força de extensão da perna. ADM joelho esq: 30 - 80°.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos Seguido de fisioterapia. Está de alta do tratamento

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/07/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder em 28/05/2019): 12,5% (joelho esquerdo). O "PI" ora estabelecido (6,25%) é complementar. SINISTRO ANTERIOR (OP em 12/05/2017): 12,5% (tnz esquerdo). Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660699 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita.

Descrição do exame físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190660699 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: Francenildo Ferreira Muniz			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado		Profissão: Recusou
RG: 2.692.812	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 11/05/2005	CPF: 022.741.153-62
Endereço: Rua Joaquim Pires		S/N	Bairro: Centro
Cidade: Novo Oriente		Estado: PI	CEP: 64530-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: José Ivan de Oliveira			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado		Profissão: Recusou
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998	CPF:411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença		Estado: PI	CÉP: 64330-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudô do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Francenildo Ferreira Muniz**

Local / data: NOVO ORIENTE DO PIAUI - PI 21/11/2019

Francenildo Ferreira Muniz

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ.
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 21/11/2019.
Empl.:3,85 - Td:0,77 - FMP:0,10 - Selo:0,26 Total:4,98 - Selo:ABU.20617
(F16DP64)

Ana Cláudia Mellão Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE



Ana Cláudia Mellão L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418530/19

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CPF: 022.741.153-62

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ : 022.741.153-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



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: 06/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000043951-3

Nr. da Autenticação E647E8E00E2B2C37





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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

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,

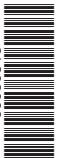
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15164289

Pag. 01697/01698 - carta_01 - INVALIDEZ

00030849





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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00187/00188 - carta_02 - INVALIDEZ

00070094



Carta nº 15170250





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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190660699

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003887**

Conta: **0000026105-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 022.741.153-62 4 - Nome completo da vítima: Francenildo Ferreira Muniz

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

5 - Nome completo: Francenildo Ferreira Muniz 6 - CPF: 022.741.153-62
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Joaquim Pires 9 - Número: 91 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Novo Oriente 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64530-000
15 - E-mail: lioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 3887 CONTA: 00026105 3

(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.

22 - 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Novo Oriente Do Piauí-PI, 21 De Novembro De 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001184/2019-12

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 21/11/2019 - 15:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

I - 562312

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

D-562313

30/05/2019 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

ESTRADA QUE LIGA VALENÇA-PI AO POVOADO FUMAL, Nº:

Complemento

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

Ponto de Referência

Escrevente Autorizada

PROPRIEDADE DO SR ADEMAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

RG: 2692812 SSP PI

Mãe: MARIA DE SOUSA FERREIRA

Pai: FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ

Endereço: RUA JOAQUIM PIRES, Nº 98

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9928-0299

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Cartório e dou fê, que a presente

Cópia confere com o original.

Valença, 22/11/19

Em testº da verdade

Tabata Pereira

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA C-100 BIZZ

2004 ILM6871

9C2HA07104R001367

00815764898

Preta

Condutor: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

End: RUA JOAQUIM PIRES Número: Complemento:

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 30/05/2019, POR VOLTA DAS 18:30 H, DESLOCAVA-SE NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE MARIA DA CRUZ DA CONCEIÇÃO SANTOS, CPF 402.001.858-88, DO SEU LOCAL DE TRABALHO, NESTA CIDADE DE VALENÇA-PI, PARA A CIDADE DE NOVO ORIENTE-PI, ONDE MORA, POR UMA ESTRADA VICINAL; QUE, PASSANDO PELA PROPRIEDADE DO SR ADEMAR, COLIDIU EM UM BOI, O QUE OCASIONOU A SUA QUEDA; QUE, AO CAIR, SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA; QUE, AO SER ATENDIDO NO HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, EM VALENÇA, CONFIRMOU, ATRAVÉS DE RAIOS X, A FRATURA DESCRITA ACIMA; QUE NA MESMA NOITE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JUSTINO LUZ, EM PICOS-PI, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA CONFORME LAUDO MÉDICO. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.
AGENTE DE POL

Francenildo Ferreira Muniz
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Reiko Leal Paraflo
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Matr.: 135.338-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 022.741.153-62 4 - Nome completo da vítima: Francenildo Ferreira Muniz

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

5 - Nome completo: Francenildo Ferreira Muniz 6 - CPF: 022.741.153-62
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Joaquim Pires 9 - Número: 91 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Novo Oriente 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64530-000
15 - E-mail: lioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (89)999260020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 3887 CONTA: 00026105 3

(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.

22 - 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Novo Oriente Do Piauí-PI, 21 De Novembro De 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI
Hospital Municipal de Pequeno Porte - HMPPNOPI
Rua Inácio Barbosa s/nº - Centro - CEP: 64.530-000 - Novo Oriente do Piauí-PI
Fone: TP: (89) 3475-1285 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA: 201905300136802

HOSPITAL: Justino Luz - P140

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Francisco Ferreira Muniz

CNS: 700 0024 0358 7308 DN: 24/02/86 IDADE: ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua 07 de Setembro - 11418 - Centro

CIDADE DE ORIGEM: Novo Oriente

RESPONSÁVEL: Francisco Ferreira Muniz TELEFONE: (89) 99982 4674

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando dor no antebraço da mão direita em nível de movimento em nível de movimento que ocasionou fratura em tempo médio da escápula (2).

DIAGNÓSTICO

Fratura da escápula (2)

EXAMES REALIZADOS

Rx

Justino Luz
O ORIGINAL

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia / Imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Reavaliação do tratamento clínico

DATA: 30/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Ednane Lopes
Médico
CRM: 2007



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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ


BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000026105-3

Nr. da Autenticação 270286F01760F8F7



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300		CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888	
MÊS/ANO : 11/2019		VENCIMENTO : 21/11/2019	
MATRÍCULA : 28512278			
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ RUA JOAQUIM PIRES, NUM. S/N CENTRO NOVO ORIENTE DO PIAUÍ PI 64530-000			
INSCRIÇÃO 068.001.0263.0110.00		ROTA 004.0004	
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATURADO
RESIDENCIAL	1	A09B322768	12
DESCRÇÃO		REAL	
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DÍAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR
30/09/2019	29/10/2019	29	100
MÉDIA		112	
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
10/2019 13	09/2019 11	08/2019 13	07/2019 9
06/2019 8	05/2019 9		
VALORES (R\$) TARIFA DE AGUA 43,07 MANUTENCAO DE HIDROMETRO 001/001 1,90			
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		Base de Calculo: 44,97 IR: 2,16 COFINS: 1,35 CSLL: 0,45 PIS/PASEP: 0,29	
		TOTAL A PAGAR (R\$)	
		44,97	
AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: 52,89 A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR			





Avenida Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referencia OUT/2018
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64303000 AG= 67				
Situação 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000
Período de Cobrança 10/09/2018		Período de Cobrança 08/10/2018		Etapa Cobrança 28
Histórico de Consumo				
Mês/Ano	Consumo	Consumo	Consumo	
04/18	354	0	0	
05/18	354	0	0	
06/18	354	0	0	
07/18	354	0	0	
08/18	1	0	0	
09/18	1	0	0	
10/18	1	0	0	
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO				
Cód. Responsável 916181790		Código de Tarifa 01		
Consumo Médio 0	Consumo Fato Água 0	Consumo Fato Esgoto 0		
Consumo 0	Consumo Faturado 10			
DESCRIÇÃO DA FATURA				
Cod.	Nome do Serviço			* Valor (R\$)
AGUA				26,91
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001				0,61
JUROS DE MORA 001/001				0,63
MANUTENCAO HIDROMETRO				1,60

VENCIMENTO	15/10/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	29,75
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 29,65 CONFORME LIT. FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.			

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2818-2011 ANVISA							
Parâmetros	Unidade	Cor	Cloro	PH	Ferro	Calc.Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Longas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.31	2.44	6.84	0.00	0.00	0.00	0.00
Preserve a qualidade da água, lave os reservatórios regularmente.							

Atenção: A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANter SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCENILDO FERRAZ MUNIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCENILDO FERRAZ MUNIZ, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivang.5@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>	Telefone celular(DDD) <u>999760020</u>

VALENÇA-PI 26 de Novembro de 2019

Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



RECEITUÁRIO

NOME:

Francisco Ferreira Muniz

Parte uterina e direita de trânsito (SAC) da
30/05/2019, apresentando traumatismo de
ombro direito com fratura completa de clavícula
direita, com lacunos osseos em $\frac{1}{3}$ distal de clavícula,
sendo submetido a Tratamento cirúrgico, alta
do tratamento da 29/08/19 realizado com
material metálico de síntese fixando fratura
no $\frac{1}{3}$ médio da diáfise da clavícula direita), com
redução da capacidade funcional do membro
superior direito de aproximadamente 40%,
no momento do exame

Valença - PI - 21/Novembro/19
Helder Oliveira
CRM 2640

Saúde é Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272



Hospital Regional Justino Luz CNPJ: 06.553.564/0102-81
Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: RosaP0647723Data: 30 / 05 / 2019Cartão SUS: 700 0024 0358 7308 Horário de Atendimento: 23 h 50 minNome do Paciente: Francenilda Seneira MunizData de Nascimento: 24 / 02 / 1986 Profissão: _____Naturalidade: Novo Oriente - PETelefone: (89) 999335525Mãe: Maria de Sousa Seneira

Filiação:

Pai: Francisco de Sousa MunizEndereço: Rua 7 de SetembroNº 412Bairro: Centro

CEP: _____

Cidade: Novo Oriente

Religião: _____

Demanda: _____

CPF: _____

RG: 2.692.812Data de Expedição: 11 / 05 / 2005Estado Civil: casada

Médico: _____

Motivo da Consulta: Dor na clavícula (queda de moto)

Dados Clínicos:

às 23:56hs.Pct. externa de
acidente moto-
ciclístico, ruptu-
ra em ombro
direito MSB.nega drogasP.A = 120x70Dra. Beatriz dos Rodrigues
MEIRELA
CRM PI 527.837

Prescrição:

Medic. clavícula L e R 4 dias@ Anál. com ortopediaÀs 02:15 Comunicado via celular ortopedia.# Rx clavícula (L) APHospital Justino Luz
FERE COMO ORIGINAL

Assinatura do Paciente ou responsável

Atendimento	1060985
Data:	30/05/2019
Hora:	23:50

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

Nº AIH
RITA

BOLETIM DE ADMISSÃO

412751 - FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 24/02/1986 - Cor/Raça: 03-PARDA

33 A,4 M,10 D

Clínica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M

Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4144 - KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

CRF:

RG: 2 692 812

CNS:700002403587308

SIS Prenatal:

Endereço: SETE DE SETEMBRO, N° 412 - CEP: 64530-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2206902- NOVO ORIENTE DO

Profissão:

Telefone: (89) 9993-35525

Pai: FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ

Mãe: MARIA DE SOUSA FERREIRA

Responsável: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - (89) 9993-35525 - O MESMO

Diagnostico inicial: 0408010150-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA - S420-FRAT DA CLAVICULA

Diagnostico Definitivo:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL

Data

[Assinatura]

Resultado

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
Hospital Regional Justino Luz	41009622
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Hospital Regional Justino Luz	41009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Françesinha Ferreira Muniz	412751
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
7000002403507308	24/02/1986
9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	Parda
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
Maria de Sousa Ferreira	89 9993 55125
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO
Maria de Sousa Ferreira	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
Rua 07 de Setembro 412 - Centro	2206902
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	19 - UF
Novo Oriente - PI	PI
20 - CEP	64530000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Rebate paciente de custo c1 trauma em Lacrimale (D)			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Mau			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Re - Fret Cloacal (D)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fret. Cloacal (D)	S 42.0		

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 17/05/2019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Intenção	0140181011015-10
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Ortopedia	Urgência
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
() CNS () CPF	10048346183-71
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Kaio Aldeir de Araújo Gomes	30/05/19
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOE
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher de forma legível e sem abreviaturas - 1ª via: SMS - 2ª via: Proprietário do Paciente

Port SAS 743/200

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	FRANCINILDO FERNANDA RUIZ	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO	41 2751	CONVÊNIO	SUS	DATA	31.05.2019	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura Calcâneo

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	01/06/19	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	Artroscopia Calcâneo	CIRURGIA REALIZADA	A Renda		

TIPO DE CIRURGIA: ☒ ELETIVA ☐ REITERNAÇÃO

☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM PDH EM ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) TALHO EM TOPOGRAFIA Calcâneo
- 4) DIVULSAO POR PUNOS ART A FRATURA 1/3 MEDIO.
- 5) PASSAGEM DE FIO KIRCHMAN PARA REPERCUSSÃO
- 6) SUTURA POR PUNOS
- 7) CURATIVO ESTÉRIL

INTERCORRÊNCIAS

Regional Justino Luz ORIGINAL

ANTIBIOTERAPIA: ☐ NÃO ☒ SIM ANATOMIA PATOLÓGICA: ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS: Cefazolina Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS ☐ NÃO ☒ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO: FK ☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		

ECG MÉDICA	CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
	1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
	2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

C04.2185

Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - Fone: (89)3422-1314 / 1610 CEP:64601-391 - Picos-PI
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

PACIENTE: <u>FRANCILINDA FERREIRA</u>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSISTENTE: <u>KAIRO LIMA</u>		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <u>CEFTRIAXONA 1g (4x) 8/18L</u>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <u>24h</u>		
JUSTIFICATIVA: <u>PROFUSÃO</u>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:
		Hospital Regional Justino Luiz
		CONFERIR COM O ORIGINAL
		Data: <u>12/08/2020</u>
		<u>Kairo Lima</u>
FUNÇÃO RENAL NORMAL? () SIM () NÃO		
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? () SIM () NÃO		
REALIZOU CULTURA: () SIM () NÃO		
RESULTADO:		
ANTIBIOGRAMA		
SENSÍVEL A:		
RESISTENTE A:		

DATA: ____/____/____

MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____

DATA: ____/____/____

CCIH

DATA: ____/____/____

CCIH



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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Francenildo Ferreira

D.N.: / / Sexo: M ☐ F ☐

Procedimento Cirúrgico: Data Cirúrgica: / /

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL
Data:

Antes da indução anestésica

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

Antes da incisão cirúrgica

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

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

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

☐ Sim

O local está demarcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

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

☐ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☐ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim

☐ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

☐ Não

☐ Sim, equipamento assistido a dispositivos

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

☐ Não

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

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

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

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?

☐ Qual a duração do caso?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagem essenciais estão disponíveis?

☐ Sim

☐ Não aplicável

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

☐ O nome e o procedimento

☐ A antibioticoterapia e os medicamentos com essas funções

☐ A administração das drogas e as necessidades das drogas em vez de administrar o nome do paciente

☐ Se há qualquer volume com os equipamentos a serem utilizados

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Onde são as principais preocupações para a segurança e bem-estar do paciente?

assinatura-COREN



REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

nome - Franciscão Ferreira Murtz

CIRCULANTE Francilda silve SALA Nº _____

ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA: 16:10 INÍCIO DA CIRURGIA: 16:10

SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:40 TÉRMINO DA CIRURGIA: 16:40

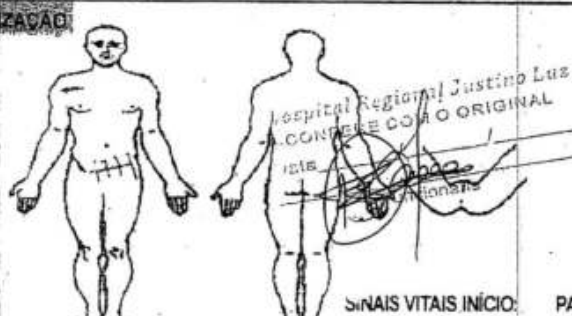
CIRURGIA PROPOSTA: _____

CIRURGIA REALIZADA: osteossíntese de clavícula D.

CIRURGIÃO: Acio ANESTESIOLOGISTA: Elcivaldo INSTRUMENTADOR: _____

ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 110x70 SATO 98% FC 74

SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100x80 SATO 99% FC 72

SIÍBOLOS

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

TIPO DE ANESTESIA

☒ BLOQUEIO - SEDAÇÃO

☐ BLOQUEIO AXILAR

☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX

☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20

☐ BLOQUEIO PERIBULBAR

☐ GERAL COMBINADA (V+I)

☐ GERAL INALATÓRIA

☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL

☐ LOCAL

☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER

☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER

☐ SEDAÇÃO + LOCAL

☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

☐ COM CUFF

☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____

☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL

☐ VENTRAL

☐ GINECOLÓGICA

☐ LITOTÔMICA

☐ LATERAL ESQUERDO

☐ LATERAL DIREITO

☐ SENTADA

☐ SEMI-FOWLER

☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

☐ DEGERMAÇÃO

☐ ANTI-SEPSIA

☐ REALIZADA POR

☐ PVPI DEGERMANTE

☐ PVPI ALCOOLICO

☐ EQUIPE MÉDICA

☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA

☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO

☐ EQUIPE ENFERMAGEM

☐ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL

☐ TRICOTOMIA

☐ PASSAGEM SNG

☐ FUNÇÃO VENOSA

☐ MSD

☐ MSE

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OUTROS _____

☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl

☐ SONDA URETRAL Nº _____

☐ SONDA FOLEY Nº _____

☐ COLETOR

☐ UROSTOP

☐ LANCETA _____ UND

☐ AP BARBEAR

☐ SNG Nº _____

☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____

☐ JELGO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID _____

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO

TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg

☐ COXA

☐ PANTURRILHA

☐ NÃO SE APLICA

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ LABORATÓRIO

☐ RX

☐ NÃO

☐ SIM

☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM

☐ OUTROS _____

LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____

☐ NÃO SE APLICA



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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Francenildo Fereira Muniz				03/06/19		
PROCEDIMENTO				SALA		
osteossíntese de clavícula D						
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML				BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	04			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				16:10		
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO osteossíntese de clavícula		
ESCOVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO Kcio		
ATADURA COM CREPOM				AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA Clodivaldo		
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA bloqu岸		
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF Fio nº 03	01			OCORRÊNCIAS s/c ocorrência		
NEOCAINA PESADA						
LIDOCAINA C/V vidro	02					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE 20x35	04					
ESPARADRAPO 1m	10					
LÂMINA DE BISTURI nº 20	01					
LUVA ESTÉRIL	04					
LUVA DE PROCEDIMENTO	05					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ml						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						

MÉDICO: Kcio
ENFERMEIRA(O): Maria Pacheco
TÉC. ENFER.: Jhonilda Silva



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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:						Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES				
LÍQUIDOS		SO. UTO					
		SANGUE					
		OUTROS					
TEMPERATURA	Cº	280					
		260					
P. ARTERIAL	38	240					
V O		220					
PULSO		200					
INICIO E FIM ANESTESIA		180					
X		160					
INICIO E FIM OPERAÇÃO		140					
		120					
RESPIRAÇÃO		100					
O		80					
		60					
		40					
		20					
		10					
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS						INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:							
PARTICULARIDADES							

000

PACIENTE: Francenildo FerreiraDATA 31/07/2019 SETOR: SPA

LAUDO PROVISÓRIO BIOQUÍMICA

	CONCENTRAÇÃO	VALOR DE REFERÊNCIA
ALBUMINA		3,5 - 5,2 g/L
AMILASE		< 86 U/L
ACIDO URICO		HOMENS: 3,5- 7,2 mg/mL MULHERES: 2,6- 6,0 mg/mL
BIL DIRETA		NORMAL ATÉ 0,4
BIL TOTAL		NORMAL ATÉ 1,4
BIL INDIRETA		NORMAL ATÉ 1,0
CALCIO		8,6 - 10,3 mg/dL
COL. TOTAL		DESEJÁVEL < 200
COL. HDL		49,4 - 91,7 mg/dL
CREATININA	0,99	0,4 - 1,3 mg/dL
FOSFATASE ALCALINA		HOMENS < 270 U/L MULHERES < 240 U/L
GLICOSE		<100 mg/dL
GGT		HOMENS < 55 U/L MULHERES < 38 U/L
LIPASE		< 60 U/L
MAGNESIO		1,6 - 2,6 mg/dL
PROTEINAS TOTAIS		6,3 - 8,3 g/L
TGO		HOMEM < 35 U/L MULHER < 31 U/L
TGP		HOMEM < 42 U/L MULHER < 32 U/L
TRIGLICERIDEOS		<150 ng/dL
UREIA	45	13 - 45 mg/dL
TROPONINA QUALITATIVA		NEGATIVA
BIOQUÍMICO RESPONSÁVEL: <u>Luciana Hoffmann Costa</u>		

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Data

Assinatura



PACIENTE: Francineide Fereira M.
DATA: 31/5/19 SETOR: SPA

LAUDO DE TAP PROVISORIO

TEMPO DO PACIENTE 33,6
INR 1,0
% —

Personal Justice Luz
FEBRE COM O ORIGINAL


Luciana Hollnagel

Bioquímico Responsável



PACIENTE: Françinaldo Ferreira
DATA: 31/05/2019 SETOR: SPA

LAUDO HEMOGRAMA

HEMÁCIAS 4,12 (4,5 A 5,9 milhões/mm³)
HEMOGLOBINA 13,0 (12,0 a 17,5 g/%)
HEMATÓCRITO 35,5 (40 A 52%)
VCM _____ (80 A 100 U³)
HCM _____ (26 A 34pg)
CHCM _____ (31 A 36%)

LEUCÓCITOS 8,600 (4.500 A 11.000/mm³)

BASTÃO -
EOSINÓFILO -
SEGMENTADO 81
LINFOCITO 13
MONÓCITO 06
BASÓFILO -

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data _____
Assinatura _____

PLAQUETAS: 190,000 (150.000 A 450.000 mm³)

OBS.: _____

Luciana Holanda

Bioquímico Responsável



SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAP



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATÓRIO DE INFERMAGEM		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
30/05/19	1) Dito oral				
	2) Dexamet 1g + 40. N. 6/6g, SN	SN	12	18	21
	3) Talatol 20 mg + 10, 10, 12/1124, SN	30			
	4) Fieraf 100 mg + 100 mg SFO, 9, 10, 8/86, SN	SN			
	5) Hemipar, 12, 6, 10, 10 e Coqueluzina		10	18	
	6) SSOE + CC66				

Dr. Renan Vitor
Assinatura

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:47:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070912473463800000010156361>

Número do documento: 20070912473463800000010156361



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

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

[illegible]

Nome: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ
Idade: 33a 4m 3d
Data: 28/06/2019
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Código: 60998



RX DA CLAVÍCULA DIREITA.

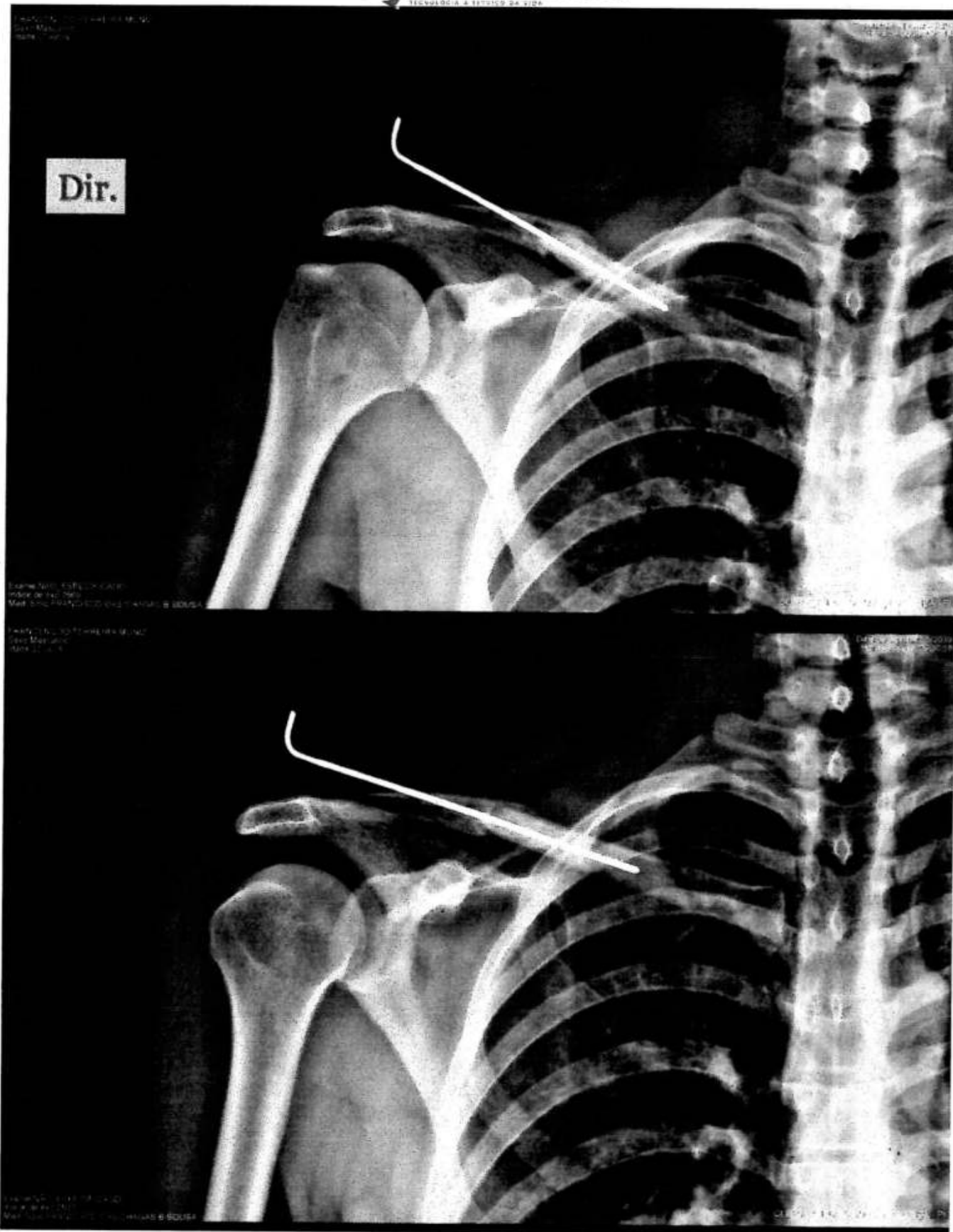
RELATÓRIO:

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura no terço médio da diáfise da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255







PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 257 - VALENÇA - PI
FONE / FAX: (89) 3485 - 1201
e-mail: clinicaantonioabomfim@hotmail.com

