

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a list of documents for a specific case, and a preview window shows a scanned document from a law firm.

10707317 - CONTESTAÇÃO (2732072 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/07/2020 12:47:35

downloadBinario.seam 1 / 13

2732072-C3/2020-02469/ 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

09/07/2020 12:47



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**

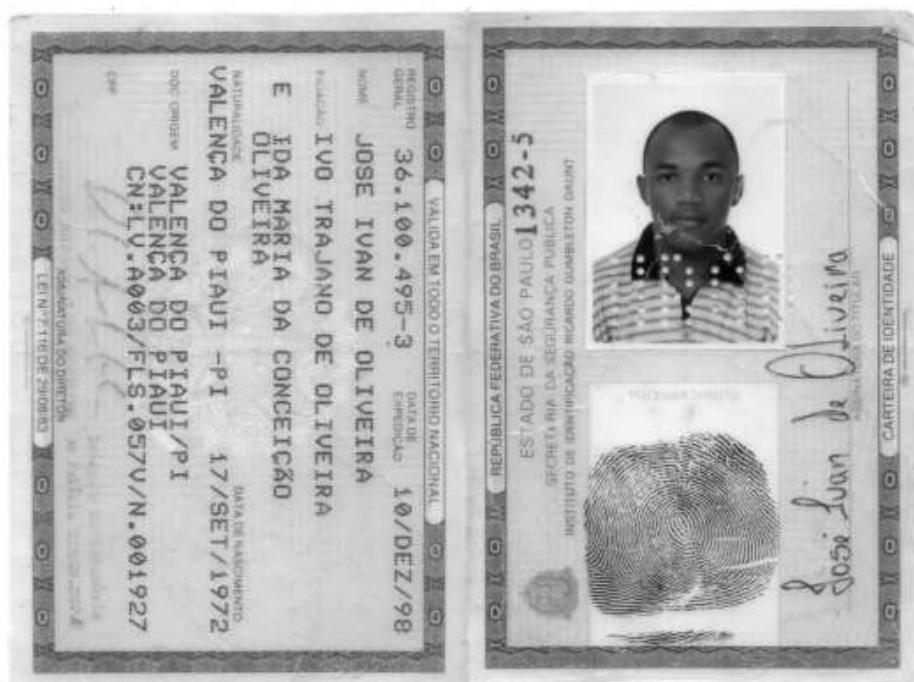
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

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
10707 320	09/07/2020 12:47	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		Nº 013604872307
DETAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.
2168	00815764898	EXERCÍCIO 2019
0024	NOME MARIA DA CRUZ DA CONCEICAO SANTO	
3c6d	S	
9f5a	*****	
0172	*****	
74d8	*****	
354d	*****	
8638	*****	
92e6	CPF / CNPJ	PLACA
2905	40200185888	IIM- 6871
7419	PLACA ANT / UF	CHASSI
	IIM- 6871	9C2HA07104R001367
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA /NENHUMA		COMBUSTÍVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/C100 BIZ ES		ANO FAB. / ANO MOD. 2003 / 2004
CAP / POT / CIL 02P/0097CC	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE PRETA
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENDE JORAS 1º ISENTO
P V A	FADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS 2º IPVA 3º
PRÉMIO OBRIGATÓRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURADOR PAGO (R\$)		DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO OBRIGATÓRIO		
SEM RESTRIÇÕES - OBSERVAÇÕES		
DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
NOVO ORIENTE DO PIAUÍ		21/05/2019
NOVA MÍNIMA DO RISCO - LIGACAO		DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI		EXDEDOR

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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		
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO
1	40200185888	2019 / 21/05/2019
RENAVAM	PLACA	
00815764898	IIM- 6871	
MARCA / MODELO	NP CHASSI	
HONDA/C100 BIZ ES	9C2HA07104R001367	
ANO FAB.	CATEGORIA	
2003	09	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	084,58 (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
PAGAMENTO		
X COTA ÚNICA		PARCELADO
20/05/2019		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.248.808/0001-04		



**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. Nexo 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
() 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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



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

Num. 10707320 - Pág. 6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial esquerdo

Descrição do exame Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia coxa. Perda de força de extensão da perna. **ADM físico:** 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 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



PRÓCURAÇÃO 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	CEP: 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 Laudo 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 PIAUÍ - 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: (86) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ.
D.O.U.FE. EM TEST. *✓* DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 21/11/2019.
Enc1.:3,85 - Enc2.:0,77 - FMP:0,10 - Salto:0,26 - Total:4,98 - Setor:ABU.20617
(F160P64)

obalon
Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - Escrivane



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivane Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418530/19

Vítima: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

CPF: 022.741.153-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/05/2019

Titular do CPF: FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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



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

Num. 10707320 - Pág. 12



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, contados 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



00036849



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

Num. 10707320 - Pág. 13



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.

Pag. 00187/00188 - carta_02 - INVALIDEZ



00070094

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15170250



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

Num. 10707320 - Pág. 14

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

RÉGISTRO 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: jloivan6.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:
 RECLUSO 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)
 AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00026105 3 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider 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 nasцuro (mãe/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 Lider pagará, caso devido, 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

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

X Francenildo Ferreira Muniz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

518 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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:

Endereço: ESTRADA QUE LIGA VALENÇA-PI AO Povoado FUMAL, N°: OUTROS - ZONA RURAL

Complemento: Complemento:

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

Escrevente Autorizada

Ponto de Referência:

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, N° 98

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9928-0299

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Certifico e dou fé, que a presente

Cópia confere com o original.

Valença, 22/11/19

Em testo: *Francenildo Ferreira Muniz* é verdade

Testem. Padrão



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 RAIO 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.

CH. L. F. Chaves Barbosa
Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.
AGENTE DE POL

Francenildo Ferreira Muniz
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - Noticiante
Responsável pela Informação

Luzia Nené Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 135.331-7





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

RÉGISTRO 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: jloivan6.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)

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00026105 3
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve irmãos? teve irmãos? pais/avós vivos? pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X Francenildo Ferreira Muniz
 41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan de Oliveira
 43- Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (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) 3475-1283 - CNPJ: 06.554.836/0001-14

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

SENHA:	201905300116802
HOSPITAL:	Justino Luz - PI

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Francenilda Ferreira Muniz
CNS: 700 0024 0259 7308 DN: 34102186 IDADE: ESTADO CIVIC
ENDEREÇO: Rua 07 de Setembro - 1418 - Centro
CIDADE DE ORIGEM: Novo Oriente
RESPONSÁVEL: Francenilda Ferreira Muniz TELEFONE: (89) 999824674

II - ENCAMINHAMENTO

CONDICIONES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresenta dor de hombro e movimento em M57. Realizando os que evitam
fratura em torno médio da clavícula (2).

DIAGNÓSTICO

Fratura de clavícula (2)

II Justino Luz

O ORIGINAL

EXAMES REALIZADOS

Rx

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia / mobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Neonatal e faltante ong

DATA: 30/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/07/2020 12:47:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007091247346380000010156361>
Número do documento: 2007091247346380000010156361

Num. 10707320 - Pág. 20

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 068.001.0265.0110.00																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CATEGORIA RESIDENCIAL</th> <th rowspan="2">ECONOMIAS 1</th> <th rowspan="2">HIDROMETRO A09B322768</th> <th colspan="2">BÔTA 004.0004</th> <th rowspan="2">DESCRICAÇÃO</th> <th rowspan="2">Nº DA CONTA 82678886</th> </tr> <tr> <th>VOL. FATURADO</th> <th>REAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT. LEIT. ANTER.</td> <td>DT. LEIT. ATUAL</td> <td>DIAS CONSUMO</td> <td>LEIT. ANTERIOR</td> <td>LEIT. ATUAL</td> <td>MÉDIA</td> </tr> <tr> <td>30/09/2019</td> <td>29/10/2019</td> <td>29</td> <td>100</td> <td>112</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> <td>MÊS/ANO CONS.</td> </tr> <tr> <td>10/2019 13</td> <td>09/2019 11</td> <td>08/2019 13</td> <td>07/2019 9</td> <td>06/2019 8</td> <td>05/2019 9</td> </tr> </tbody> </table>								CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDROMETRO A09B322768	BÔTA 004.0004		DESCRICAÇÃO	Nº DA CONTA 82678886	VOL. FATURADO	REAL	DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA	30/09/2019	29/10/2019	29	100	112	11	MÊS/ANO CONS.	10/2019 13	09/2019 11	08/2019 13	07/2019 9	06/2019 8	05/2019 9					
CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDROMETRO A09B322768	BÔTA 004.0004		DESCRICAÇÃO	Nº DA CONTA 82678886																																		
			VOL. FATURADO	REAL																																				
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA																																			
30/09/2019	29/10/2019	29	100	112	11																																			
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	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																																			
DESCRICAÇÃO VALORES (R\$)																																								
TARIFA DE ÁGUA 43,07 MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001/001 1,90																																								
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Base de Calculo: 44,97</td> <td rowspan="2">TOTAL A PAGAR (R\$) 44,97</td> </tr> <tr> <td>IR:</td> <td>2,16</td> <td>COFINS:</td> <td>1,35</td> </tr> <tr> <td>CSLL:</td> <td>0,45</td> <td>PIS/PASEP:</td> <td>0,29</td> </tr> </table>								Base de Calculo: 44,97		TOTAL A PAGAR (R\$) 44,97	IR:	2,16	COFINS:	1,35	CSLL:	0,45	PIS/PASEP:	0,29																						
Base de Calculo: 44,97		TOTAL A PAGAR (R\$) 44,97																																						
IR:	2,16		COFINS:	1,35																																				
CSLL:	0,45	PIS/PASEP:	0,29																																					
AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: 52,89 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR																																								



Av. 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

MATRÍCULA 1735348-3	Hidrômetro A18N078052	Referência OUT/2018																																														
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64302000																																																
AG= 67																																																
Situação Água/Fágua 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 113 2 07 0573 0171-000																																													
10/09/2018	08/10/2018	28																																														
<table border="1"><thead><tr><th colspan="3">Histórico de Consumo</th><th colspan="2">Forma de Faturamento</th></tr><tr><th>Mês/Ano</th><th>Leitura</th><th>Consumo</th><th>Quant</th><th>FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td>04/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>05/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>06/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>07/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>08/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>09/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>10/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr></tbody></table>				Histórico de Consumo			Forma de Faturamento		Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant	FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO	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	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento																																													
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant	FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO																																												
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																																													
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Cód. Responsável</th><th>Classe da Tarifa</th></tr><tr><th>Censo. Mínimo</th><th>Censo. Fim Agua</th><th>Censo. Fim Esgoto</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td></td><td>01</td></tr></tbody></table>				Cód. Responsável		Classe da Tarifa	Censo. Mínimo	Censo. Fim Agua	Censo. Fim Esgoto	0		01																																				
Cód. Responsável		Classe da Tarifa																																														
Censo. Mínimo	Censo. Fim Agua	Censo. Fim Esgoto																																														
0		01																																														
<table border="1"><thead><tr><th>Consumo</th><th>Consumo Retardo</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>18</td></tr></tbody></table>				Consumo	Consumo Retardo	0	18																																									
Consumo	Consumo Retardo																																															
0	18																																															
DESCRÍÇÃO DA FATURA																																																
Cod.	Name 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 DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PONT. 29.3.4 - 2013 - REN							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes	Escherichia Col
Valor Máximo Permitido	5,0	16	5,2	8,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Enquadradas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	1.31	2.44	6.84	0.00	0.00	0.00	0.00
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LIXO OS RESERVATÓRIOS CORRETAMENTE.							
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, 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 FLANCENILDO FENNECA MUNIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153-62, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FLANCENILDO FENNECA 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	MUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS	Número	187	Complemento	CASA
Bairro	VALE VENDE	Cidade	VALença	Estado	PI
Email	<u>tidivanc6.ti@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	(89) 994122206	Telefone celular (DDD)	999760020

VALença-PI 26 de Novembro de 2019

Local e Data

José Ivan De Oliveira

Assinatura do Declarante



RECEITUÁRIO

NOME: Francimel do Fernandes Muniz

Paciente vítima de acidente de trânsito (SIC) dia 30/05/2019, apresentando Traumatismo de ombro direito com fratura completa da clavícula direita, com lemnos osseos em 1/3 distal da clavícula sendo submetido a Tratamento cirúrgico, alta do tratamento dia 29/08/19 (realizado com material metálico de cintre e placas fratura no 1/3 médio da diáfise da clavícula direita), com redução da copuidade facial do membro superior aberto de aproximadamente 40°, no momento do exame

Dr. Helder Antonio M. Oliveira
CPF 497.660-33-72
CRM 2640
Medico
Valença - PI - 21/Novembro/19
Helder AMO
CRM 2640

Saúde e Vida

(89) 3465-2647 / 99997-3272



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

Clinica: CIRURGIÃO

Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M

Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade:

Médico: 4144 - KAIRO ALDERTRUDES DE ARAUJO LIMA SANTOS

CPF:

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

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

Diagnóstico Definitivo:

Hospital Regional Justino Luz
CONFIRME COMO ORIGINAL
Data: 30/05/2019

Resultado

Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado
Transferido

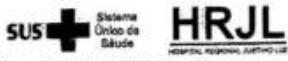
Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

-48 Horas
+48 Horas
Obito

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

Hospital Regional Justino Luz

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Regional Justino Luz

2 - CNES

410109161212

4 - CNES

410109161212

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ferreira Ferreira Maria

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010000241031507308

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/02/1986

9 - SEXO

Masc.

Fam.

6 - N° DO PRONTUÁRIO

412751

10 - RACA/COR

Pardo

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria de Souza Ferreira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Souza Ferreira

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 07 de Setembro 412 - Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Novo Oriente - PI

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

2206902

PI 64530000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relevo paciente de acidente c/ ferme em
lateral (D)

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Lateral

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

in am

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

Re - Fret. Cerebral (D)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fret. Cerebral (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S 420

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

04080101510

Intervencion

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11-100483446183-71

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Kaio Alberthdes de Araujo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/01/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher de forma legível e sem abreviaturas 5º vto: SMS - 2º vto: 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	Francinilda P. Oliveira N. 2		SEXO	M	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO	412751	CONVÊNIO	SUS		DATA	31/05/2019
HORA						

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
Fratura cunhada 6						

Descrição da Cirurgia						
DATA	01/06/19	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA			
CIRURGIA PROPOSTA	Orteosíntese cunhada		CIRURGIA REALIZADA		12:14	
(1)						
TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	<input type="checkbox"/> REITERAÇÃO				
<input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA						

Descrição da Técnica / Achado Cirúrgico						
<p>(1) Paciente em P.D.H sem anestesia</p> <p>(2) Assepsia + Antissépsia</p> <p>(3) Táxico em TOPOGRAFIA cunhada (2)</p> <p>(4) Descolar da FIB Kirschner com agulha de punção</p> <p>(5) curto curto fuso Fratura.</p> <p>(6) curto curto fuso Fratura.</p> <p>(7) curto curto fuso Fratura.</p>						
<p>Kairos Ortopedia e Traumatologia 4675/4144</p>						
<p>Regional Justino Luz</p> <p>ORIGINAL</p>						

Intercorrências						

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
QUAIIS:	CIFAROLINE		
MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	SÍNTESE/TIPO:	FLK
LOCALIZAÇÃO:			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS			
TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO	Kairos Ortopedia e Traumatologia 4675/4144
ANESTESISTA			

EOP MÉDICA	CIRURGIÃO <i>Kairos Lira</i>	CREMEB	ASSINATURA
	1º CIRURGIÃO AUXILIAR <i>Flávio Nunes</i>	CREMEB	ASSINATURA
	2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
Cód.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:	Flávio Henrique		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:	
MÉDICO ASSITENTE:	Kaino Lira		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA):	Cefazolina 1g (4) x 1L		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO:	24h		
JUSTIFICATIVA:	Pneumonia		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:	PERÍODO: Hospital Regional Justino Luz CONFIRMADO ORIGINAL Data: 10/07/2020		

FUNÇÃO RENAL NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
REALIZOU CULTURA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO:		

ANTIBIOGRAMA	
SENSÍVEL A:	
RESISTENTE A:	

DATA: ____ / ____ / ____

MÉDICO CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____

DATA: ____ / ____ / ____

CCIH

DATA: ____ / ____ / ____

CCIH

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Francenilda Ferreira

D.N.: 1 Sexo: M F

Procedimento Cirúrgico:

Hospital Regional Justino Luz
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 20/07/2020

Antes da indução anestésica

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

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

Sim

O paciente está deitado?

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, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e 1 furo de prévio

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

Não

Sim, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e 1 furo de prévio

Antes da incisão cirúrgica

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

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

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

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim

Não-aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras?

Qual é a ordem de realização?

Qual é a quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Informar a anestesia e procedimento específico da cirurgia ao paciente

Para a equipe do enfermeiro:

Confirmar a aferição da temperatura, pressão arterial, pulso e saturação de oxigênio

Há alguma condição de risco ou problema com relação aos edifícios?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não-aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

Membros da equipe de enfermagem confirmaram:

Nome e endereço

A inclusão da lista de medicamentos e outras substâncias

Confirmar das anestesias feitas, identificação das anestesias e procedimentos realizados

Se a anestesia foi realizada com os consentimentos e assentos devidos

Para o Cirurgião, anestesiologista e Enfermeiro de Enfermagem:

Queissão assinado o protocolo para a realização da cirurgia neste paciente

assinatura-COREN



REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOCIRCULANTE Ivanilda Silveira

SALA Nº

ENTRADA NA SO 16:10

16:10

SAÍDA DA SO 16:40

16:40

TÉRMINO DA ANESTESIA

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA os feos sintese de Clavícula d.CIRURGÃO H. C. L.ANESTESILOGISTA Elcio Saldanha

INSTRUMENTADOR

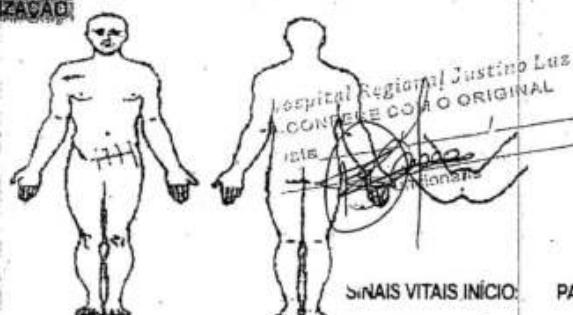
ASSISTENTES: 1º

CRM

2º

CRM

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ELÉTRODOS
- INCISÃO-CIRÚRGICA
- OXIMETRIA DE PULSO
- PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 100/70 SATO 98% FC 74SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100/80 SATO 99% FC 72

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+1)
- GERAL INALATÓRIA

- GERAL VENOSA
- LOCAL
- PERIDUAL
- SEDAÇÃO
- SEDAÇÃO + LOCAL
- TÓPICA

- GERAL

- COM CATETER
- SEM CATETER

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____

- COM CUFF
- SEM CUFF

- MÁSCARA LARINGEIA Nº _____

- OUTRAS

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- DORSAL
- VENTRAL

- GINECOLÓGICA
- LITOTÓMICA

- 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
- GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl

- PASSAGEM SNG
- FUNÇÃO VENOSA
- MSD
- MSE

- ASPIRAÇÃO

- OUTROS

SONDA URETRAL Nº _____

- COLETOR
- UROSTOP

- AP BARBEAR _____ UND.

- SNG Nº _____

SONDA FOLEY Nº _____

- LANCETA _____ UND.

- SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____

- JELCO/Nº _____

GARROTEAMENTO

- TIPO FAIXA DE SMARCH _____ UNID.

- GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg
- NÃO SE APLICA

- LOCALIZAÇÃO BRAÇO
- ANTEBRAÇO

- COXA _____
- PANTURRILHA _____

- TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

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 03 06 29	PRONTUÁRIO	LEITO
Francenilda Ferreira Muniz						
PROCEDIMENTO: <i>osteoartrose de clavícula D</i>						
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	SALA		
				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				<input type="checkbox"/>	ARCO CIRÚRGICO	
SERINGA 5 ML/10 ML				<input type="checkbox"/>	BOMBA DE INFUSÃO	
SERINGA 20 ML	04			<input type="checkbox"/>	ASPIRADOR	
KIT ACESSO CENTRAL				<input type="checkbox"/>	AUTOCLAVE	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				<input type="checkbox"/>	INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	
AGULHA 40X12				<input type="checkbox"/>	ULTRASSON	
ALGODÃO				<input type="checkbox"/>	STIMUPLEX	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				16:10		
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO	<i>osteoartrose de clavícula D</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE				CIRURGIÃO	<i>Klein</i>	
ATADURA COM CREPOM				AUXILIAR	<i>-</i>	
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	<i>claudia lade</i>	
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA	<i>bloqueio</i>	
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF Fio 03	01			OCORRÊNCIAS	<i>seco e seco</i>	
NEOCAINA PESADA				MÉDICO:	<i>Klein</i>	
LIDOCAINA 4% vidro	02			ENFERMEIRA(O):	<i>Maria Pacheco</i>	
PROFANOL				TÉC. ENFER.:	<i>Francenilda Silveira</i>	
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 PCS	04					
ESPARADRAPO cm	10					
LÂMINA DE BISTURI	01					
LUVA ESTÉRIL	04 pares					
LUVA DE PROCEDIMENTO	05 pares					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	05					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Naiva, 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 SANGUÍNEO	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	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					OUTROS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS	
1660 1640							
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						
1							
2							
3							
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100	0000				
TEMPERATURA	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38				
P. ARTERIAL	V						
PULSO	O						
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO	O						
SÍMBOLOS							
1660 1640							
SEQUÊNCIA							
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15							
DURAÇÃO							
ybPB							
INCIDENTE / ACIDENTE							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
CONDIÇÕES PÓS-ÓPERATÓRIAS IMEDIATAS:							
PARTICULARIDADES							

000

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

LAUDO PROVISORIO BIOQUIMICA

	CONCENTRAÇÃO	VALOR DE REFERENCIA
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	Hospital Regional Justino Luz CONFERE COM O ORIGINAL	NORMAL ATÉ 1,4
BIL INDIRETA	Data	NORMAL ATÉ 1,0
CALCIO	10,5	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
BIOQUIMICO RESPONSÁVEL:	<u>Luciana Hoffmeyer Costa</u> <i>Hoffmeyer Costa</i>	



PACIENTE: Franneemilys Fenuria M.
DATA: 31/5/19 SETOR: SPA

LAUDO DE TAP PROVISÓRIO

TEMPO DO PACIENTE 35,6
INR 1,0
% —

Assinado por: Justino Luz
TERE COM O ORIGINAL


Luciana Hoffmann

Bioquímico Responsável



PACIENTE: Francinilda Ferreira
DATA: 31/05/2019 SETOR: SPR

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

LINFÓCITO 13

MONÓCITO 06

BASÓFILO -

PLAQUETAS: 390,000 (150.000 A 450.000 mm³)

OBS.: _____

Capital Regional Justino Luz
CONFERE COM ORIGINAL
[Signature]

Luciana Hoffmann

Bioquímico Responsável





FEPISERH
Fundação Estatal Piauiense
de Serviços Hospitalares

SUS

Sistema
Único de
Saúde

HRJL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HALY

8

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

PRONTUÁRIO DATA/ HORA/ CÓDIGO/	PREScrição MÉDICA <i>A Fad. Clotilde (D)</i>	CLÍNICA QUANT.	RELATÓRIO DE INFERMAGEM		
			ENFER. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSITENTE
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
30-05-19	<p>(1) Diclo 500</p> <p>(2) Dymex 600 100.000 6/69.50</p> <p>(3) Tylex 20 100.000 100.000 12/124.50</p> <p>(4) Fioruf 100.000 100.000 500.000 100. 8/86.50</p> <p>(5) Hemigener, Cr, Cr, 100.000 e Coaguloxia</p> <p>(6) SSGC 100.000</p>	<p>SN</p> <p>SN</p> <p>SN</p> <p>SN</p> <p>PO LMB</p>	<p>10/10/2019</p> <p>10/10/2019</p> <p>10/10/2019</p> <p>10/10/2019</p> <p>10/10/2019</p>		
			<p>Dispensal Regional Justice Esas CONFERE COM O ORIGINAIS Data: 10/10/2019</p> <p><i>[Signature]</i></p>		





FEPISEH
Fundação Estatal Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema Único de Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME:	Francinilda F. Almeida	ALAC	APTO 630	LEITO 90	R. MET.
HD:	F + clorimila	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 02/06/2019					
1. DIETA ORAL LIVRE					
2. JELCO-SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG					
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N					
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N					
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N					
7. CCGG+SSVV					
8. TILATIL 40MG EV, 12/12h					
(1) Letargia 15 EV, 8/8h					
Atta médica					

16/06/2019
CONFERIR SE O ORIGINAL
ESTÁ BEM
ASSINADO



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



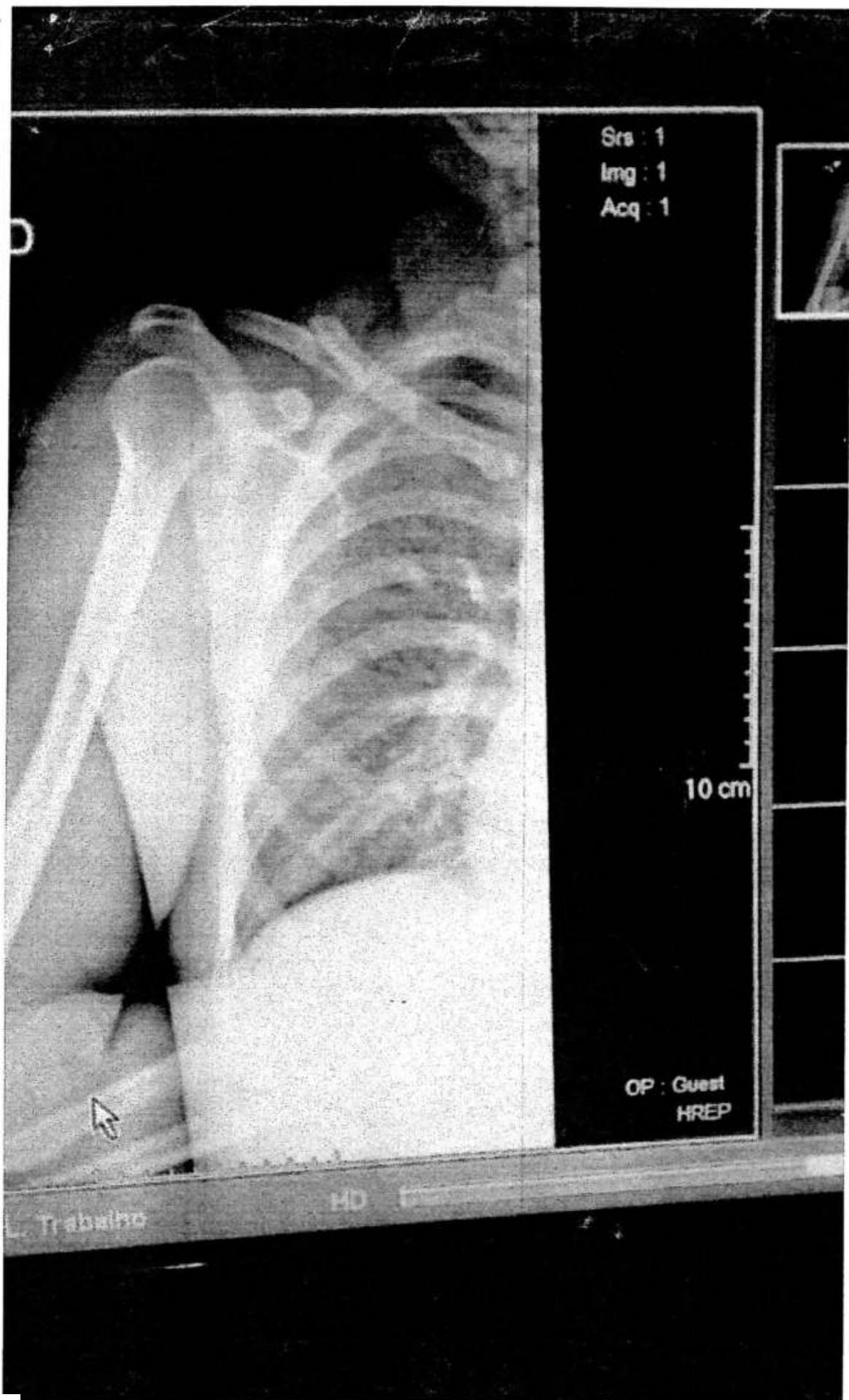
RX DA CLAVÍCULA DIREITA.

RELATÓRIO:

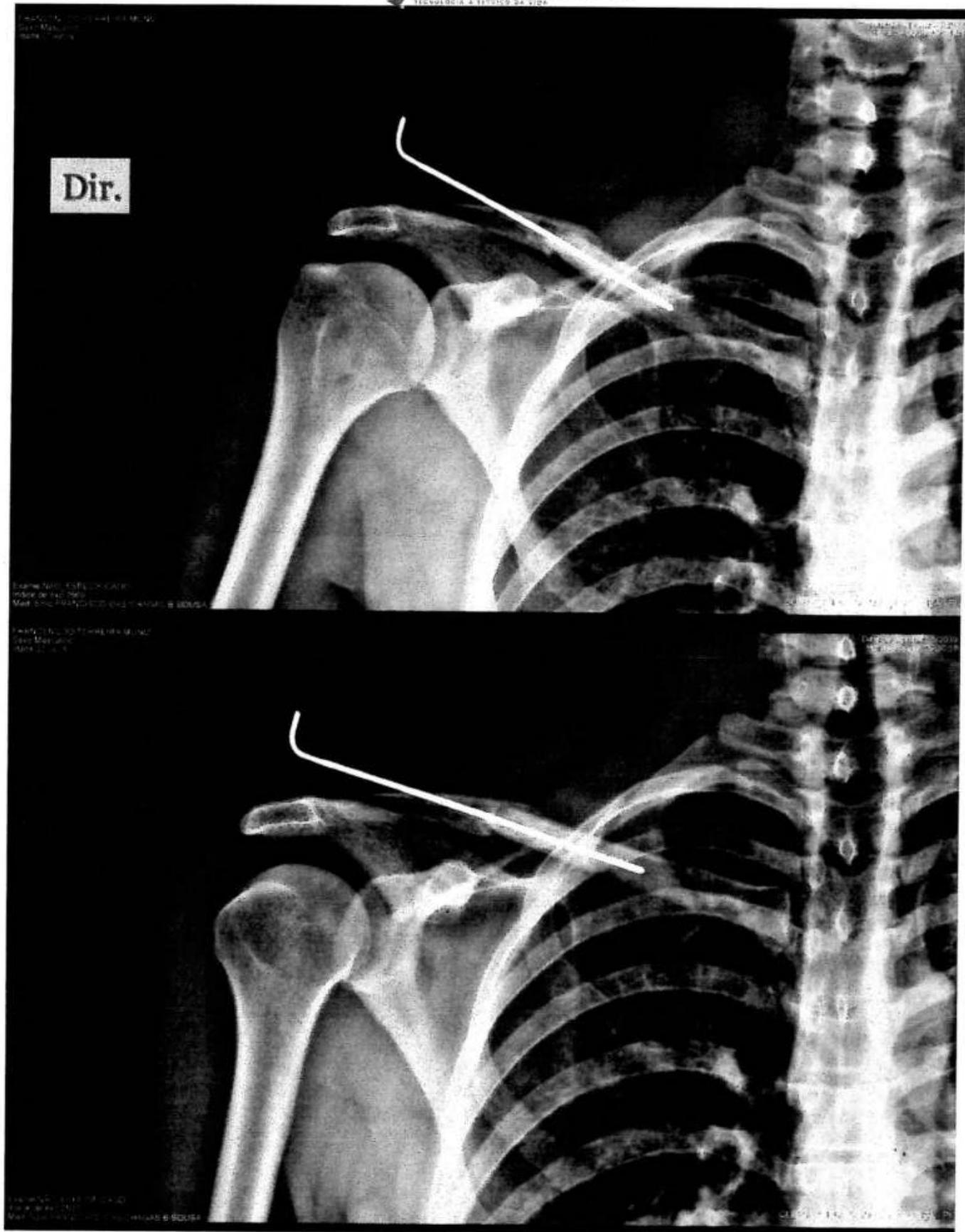
- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura no terço médio da diáfise da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255





Dir.



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



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

Num. 10707320 - Pág. 42