
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

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

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:

jioivan6.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 nascituro (menor)?

☐ 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 1 - 562312
DP DE VALENÇA DO PIAUÍ: D-562313
Tipo Local: VIA PÚBLICA
Município: VALENÇA DO PIAUÍ
Endereço: ESTRADA QUE LIGA VALENÇA-PI AO POVOADO FUMAL, Nº:
Complemento: Ana Cláudia Molê L. F. Chaves Barbosa
Data/Hora: 30/05/2019 - 18:30
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
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, Nº 98
Complemento: CENTRO
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ
Telefone(s): 89-9928-0299

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 22/11/19
Em testº da verdade
[Assinatura]

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 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.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.
AGENTE DE POL

Francenildo Ferreira Muniz
FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7

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

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:

jioivan6.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 nascituro (menor)?

☐ 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 - P101

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Françesildo Ferreira Muniz

CNS: 700 0024 0358 7308 DN: 24/02/86 IDADE: 33 ESTADO CIVIL: Solteiro

ENDEREÇO: Rua 07 de Setembro - 11418 - Centro

CIDADE DE ORIGEM: Novo Oriente

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

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando dor @ lombar de movimento em MS7. Realizado Rx que evidenciou fratura em terço médio da lombar @.

DIAGNÓSTICO

Fratura de lombar @

EXAMES REALIZADOS

Rx

TRATAMENTO REALIZADO

Analgesia / Imobilização

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Necessidade de tratamento cirúrgico

DATA: 30/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Jailme Lopes
Médico
CRM 5007

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	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A09B322768	12	REAL	82678886
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
DESCRIÇÃO TARIFA DE AGUA MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001					VALORES (R\$) 43,07 1,90
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS		Base de Cálculo: 44,97 IR: 2,16 COFINS: 1,35 CSLL: 0,45 PIS/PASEP: 0,29		TOTAL A PAGAR (R\$) 44,97	
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: 52,89 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR					

Fatura Mensal

MATRÍCULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2018																																	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																					
AG= 67																																					
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição																																	
3/1	1			113 2 07 0573 0171-000																																	
Período de Consumo		Dias Consumidos																																			
de 10/09/2018 a 08/10/2018		28																																			
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Quant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.	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 da Tarifa 01 Consumo Médio 0 Consumo Faturado 10		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.																																		
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																																		
DESCRIÇÃO DA FATURA																																					
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)																																
AGUA					26,91																																
	MULTA IMPONTJALIDADE 001/001				0,61																																
	JUROS DE MORA 001/001				0,63																																
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,60																																

VERIFICACAO	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 AGUA CONFORME PORT 2018-2018 RES							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálculo	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3		
Nº Mínimo de Amostras Legais Nº Amostras Realizadas Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.31		2.44	6.84	0.00	0.00	0.00
PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE. Mensagem A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETOA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL							

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 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 FERREIRA MUNIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.741.153 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCENILDO FERREIRA 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>PE</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivang.1@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PE 16 de Novembro de 2019
Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante

RECEITUÁRIO

NOME:

Francinaldo Ferreira Muniz

Paciente vítima oculta de trânsito (SIC) dia 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 dia 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 Amorim
CRM 2640

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

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: Rosa

P0647723

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

Filiação:

Pai: Francisco de Sousa MuniçEndereço: Rua 7 de Setembro Nº 412Bairro: Centro CEP: _____ Cidade: Novo Oriente

Religião: _____ Demanda: _____

CPF: _____ RG: 2.692.812 Data de Expedição: 11 / 05 / 2005Estado Civil: Casada

Médico: _____

Motivo da Consulta: Do na clavícula (queda de peso)

Dados Clínicos:

às 23:56hspt interna de
acidente moto-
ciclístico, refre-
do em ombro
direito MSB.unha alungadaP.A = 120x70Dra. Beatriz dos Rodrigues
FONEIRA
CNPJ 527.837

Prescrição:

Prévia clavícula L¹ e 4 com@ Análise ortopédicaAs 02:15 Comunicado via auxíliio ortopedia.# Rx clavícula @ APHospital Regional Justino Luz
FEE COM 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, Nº 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: 

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

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

410096212

4 - CNES

410096212

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Franclimbe Ferreira Muniz

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

412751

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700000241035071308

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/02/1986

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

Pardo

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria de Sousa Ferreira

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

819 999355125

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Sousa Ferreira

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 07 de Setembro 412 - Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Novo Oriente - PI

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2206902

18 - UF

PI

19 - CEP

64530000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relato paciente de ureto c1 fratura em
Lacrima (D)

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

17/05/2016

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

na am

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

Rx - Fract. Lacrima (D)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. Lacrima (D)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S 42.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040810101510

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11-1010418346183-71

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Kaio Aldeirando de Araújo Gomes

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/05/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	FRANCINILDA PEREIRA NUNES	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO	41 27 51	CONVÊNIO	SUS	DATA	31.05.2019	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura Cúrcula

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	01/06/19	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	Artroscopia Cúrcula	CIRURGIA REALIZADA	A Ruptura		
TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	☐ REINTERNAÇÃO			
☒ LIMPA	☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA	☐ CONTAMINADA	☐ INFECTADA		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM PDH EM ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) TACILHO EM TOPOGRAFIA CÚRCULA
- 4) DIVISÃO POR PLANO AFR A FRATURA 1/2 RUÍDO
- 5) PASSAGEM DO FIO KIRCHMAN 4/0 EM PLANO
- 6) SUTURA POR PLANO
- 7) CURATIVO ESTÉRIL

Kairo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 9436 / CRM-PI 4144
TCEP 49675

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA

☐ NÃO ☒ SIM

ANATOMIA PATOLÓGICA

☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS:

cefazolin

Nº DE PEÇAS:

LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS

☐ NÃO☒ SIM☐ SÍNTESE/TIPO:

FK

☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA

ANESTÉSICO

DURAÇÃO

ANESTESISTA

EOP MÉDICA	CIRURGIÃO	KAIRO LIMA	CREMEB	ASSINATURA
	1º CIRURGIÃO AUXILIAR	PLAVIDO PEREIRA	CREMEB	ASSINATURA
	2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA

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>FRANCINILDO FERREIRA</u>		IDADE:
PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:
MÉDICO ASSISTENTE: <u>KAIKO LIMA</u>		
ANTIBIÓTICO SOLICITADO (POSOLOGIA): <u>CEFALOSINA 3p @ 818L</u>		
DURAÇÃO DO TRATAMENTO: <u>24h</u>		
JUSTIFICATIVA: <u>PROFUSÃO</u>		
ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS:		PERÍODO:
		Hospital Regional Justino Luz
		CONFIRMAR COM O ORIGINAL
		Data: <u>17/02/2020</u>
		<u>[Assinatura]</u>
FUNÇÃO RENAL NORMAL? () SIM () NÃO FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL? () SIM () NÃO REALIZOU CULTURA: () SIM () NÃO RESULTADO:		
ANTIBIOGRAMA SENSÍVEL A: RESISTENTE A:		

Kaiko Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9473 / CRM-PI 4144
TEP 14875

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 Fereira

D.N.: / / - Sexo: M ☐ F ☐

Procedimento Cirúrgico:

Data Cirúrgica:

Prontuário:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COMO ORIGINAL
Data

Antes da indução anestésica

Antes da incisão cirúrgica

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

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

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

(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, equipamentos e procedimentos disponíveis

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

☐ Não

☐ Sim, 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e 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 do caso cirúrgico?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a 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 contagem de materiais e instrumentos com pinças e agulhas

☐ O controle das anestesias e das necessidades das anestesias e da equipe de enfermagem

☐ Se há qualquer problema com os equipamentos a serem utilizados

Para o Cirurgião, o anestesiológico e a Equipe de Enfermagem:

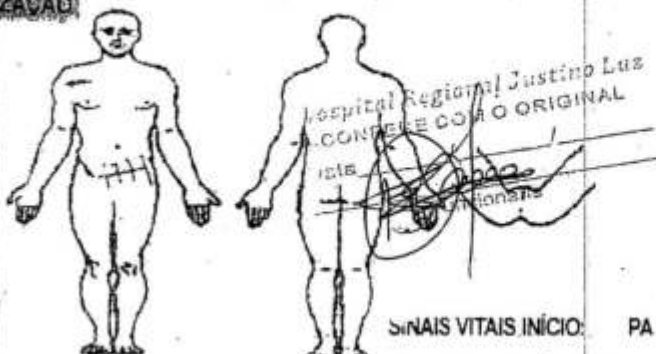
☐ Quais são as principais preocupações para o cirurgião e para a equipe de enfermagem?

assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICOnome - Francenilda Ferreira Murtz

CIRCULANTE <u>Iranilda silva</u>	SALA Nº _____	
ENTRADA NA SO _____	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>16:10</u>	INÍCIO DA CIRURGIA: <u>16:10</u>
SAÍDA DA SO _____	TÉRMINO DA ANESTESIA: <u>16:40</u>	TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>16:40</u>
CIRURGIA PROPOSTA: _____		
CIRURGIA REALIZADA: <u>osteossíntese de clavícula D.</u>		
CIRURGIÃO <u>Kcio</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>Elodacilda</u>	INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____	CRM _____	2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

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

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 110x70 SATO 98% FC 74
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 100x80 SATO 99% FC 72

TIPO DE ANESTESIA

- | | | |
|--|---|---|
| ☒ BLOQUEIO - SEDAÇÃO | ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX | ☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL |
| ☐ BLOQUEIO AXILAR | ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 | ☐ LOCAL |
| ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 | ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR | ☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER |
| ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL | ☐ GERAL COMBINADA (V+I) | ☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER |
| | ☐ GERAL INALATÓRIA | ☐ SEDAÇÃO + LOCAL |
| | | ☐ TÓPICA |
- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
☐ SEM CUFF ☐ OUTRAS _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| ☒ DORSAL | ☐ GINECOLÓGICA | ☐ LATERAL ESQUERDO | ☐ SENTADA | ☐ TRENDELEMBURG |
| ☐ VENTRAL | ☐ LITOTÔMICA | ☐ LATERAL DIREITO | ☐ SEMI-FOWLER | |

PREPARO DA PELE

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| ☐ DEGERMAÇÃO | ☐ PVPI DEGERMANTE | ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA | ☐ PVPI TÓPICO |
| ☐ ANTI-SEPSIA | ☐ PVPI ALCOOLICO | ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO | |
| ☐ REALIZADA POR _____ | ☐ EQUIPE MÉDICA | ☐ EQUIPE ENFERMAGEM | |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| ☐ CATETERISMO VESICAL | ☐ TRICOTOMIA | ☐ PASSAGEM SNG | ☒ ASPIRAÇÃO |
| ☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl | | ☐ FUNÇÃO VENOSA | ☐ MSD |
| | | | ☐ MSE ☐ OUTROS _____ |

- | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------------|
| ☐ SONDA URETRAL Nº _____ | ☐ COLETOR | ☐ UROSTOP | ☐ AP BARBEAR _____ UND. | ☐ SNG Nº _____ |
| ☐ SONDA FOLEY Nº _____ | ☐ LANCETA _____ UND. | ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ | ☐ JELGO 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 | ☐ NÃO | ☐ SIM | LOCAL _____ | Nº DE FRASCOS _____ |
| ☐ LABORATÓRIO ☐ RX | ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM | ☐ OUTROS _____ | | 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, Ferreira Muniz				03/06/19		
PROCEDIMENTO osteossíntese de clavícula D				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO		QUANT.	UND.	TOTAL		
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML/10 ML						
SERINGA 20 ML		04				
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12						
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM						
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF Fio nº 03-		01				
NEOCAÍNA/PESADA						
LIDOCAÍNA 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 PCs		04				
ESPARADRAPO 1m		140				
LÂMINA DE BISTURI nº 22		01				
LUVA ESTÉRIL		pares	04			
LUVA DE PROCEDIMENTO		pares	05			
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml		05				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						

APARELHAGEM		
ARCO CIRÚRGICO	☐	
BOMBA DE INFUSÃO	☐	
ASPIRADOR	☐	
AUTOCLAVE	☐	
INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☐	
ULTRASSON	☐	
STIMUPLEX	☐	

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
16:10		
OPERAÇÃO osteossíntese de clavícula D		
CIRURGIÃO Kciao		
AUXILIAR		
ANESTESISTA Cláudio		
TIPO DE ANESTESIA bloqueio		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS s/c ocorrência		

MÉDICO: Kciao
ENFERMEIRA(O): Maria Pacheco
TÉC. ENFER.: Franilda 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		
1660 1640						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS						
TEMPERATURA T	Cº						
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						SEQUÊNCIA	
RESPIRAÇÃO O						1	
						2	
						3	
						4	
						5	
						6	
						7	
						8	
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
						14	
						15	
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>yBPB</i>						INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES <i>Dr. Kairon</i>							
ANESTESISTAS <i>Alfredo...</i>							
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:	

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>		

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

LAUDO DE TAP PROVISÓRIO

TEMPO DO PACIENTE 33,6
INR 1,0
% -

Luciana Helena Costa
TAREX COMO ORIGINAL


Luciana Helena Costa
Bioquímico Responsável

PACIENTE: Francinildo 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

LINFÓCITO 13

MONÓCITO 06

BASÓFILO -

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM ORIGINAL



PLAQUETAS: 190,000 (150.000 A 450.000 mm³)

OBS.: _____

Luciana Holanda

Bioquímico Responsável



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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSITENTE
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
31.05.19	1) Dado oral				
	2) Dipirona 6/64, 5v	5v	12	18	21
	3) Talatol 20 mg + AD, 10, 12/124, 5v	3v			
	4) Fierul 100 mg + 100 mg SFQ, 9, 10, 8/8h 5v	5v			
	5) Hemógeno, 12, 10, 10, 10 e Coagulograma		AD	LAB	
	6) SSOL + CC66				

Dr. Renan Xavier
Osteodonta e Cirurgião Dentista
C.R.O. 12.011/2011

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL

Data

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA			
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MEDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
			RELATORIO DE INFERMAGEM		
			HÓRARIO	OBSERVAÇÕES	
06/10	1) Dieta líquida 2) Sonda nasogástrica 3) Dor no abd. E, 6h 4) Febre 38,5°C, 10h 5) Insuficiência renal 6) Febre 38,5°C, 8h 7) CEFALGIA 1/1 (E) 8) 10L 9) RAO e curativos (D) AP/		12/12/24 06 12/24 SN SN 18:30 02:30 OK	As 17h, usuário submeteu-se a uma colonoscopia com o Dr. Francisco D. Manso para biópsia e tratamento de pólipos. Após o procedimento, o usuário foi encaminhado para o enfermario. 18:00h VERIFICADO PA-110X 80mmHg P. 70 bpm. TE. 36,5°C com 563276 22:00h VERIFICADO PA-120X 80mmHg P. 78 bpm. TE. 36,5°C com 563276	



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Nome: <i>Francinildo F. Moura</i>	ALA C	APTO <i>020</i>	LEITO <i>90</i>	R. MET.
HD: <i>Fx deiscida</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
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				
<i>② Clonitina 15. EV, 8/8h</i>				
<i>Atta médica</i>				

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



Srs : 1
Img : 1
Acq : 1

10 cm

OP : Guest
HREP

L. Trabalho

HD

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04

Dir.

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04

EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04



EXAME DE RADIOLOGIA
Série: 00000000000000000000
Data: 11/01/04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francenildo Ferreira Muniz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.692.812 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/05/05

NOME FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

FILIAÇÃO MARIA DE SOUSA FERREIRA
FRANCISCO DE SOUSA MUNIZ

NATURALIDADE NOVO ORIENTE DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 24/02/1986

DOC ORIGEM CERT.NASC. 5881 L A-9 P 98

CPF EXP NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI 10/03/86

Francenildo Ferreira Muniz

LEI Nº 116 DE 20/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

022.741.153-62

FRANCENILDO FERREIRA MUNIZ

24/02/1986



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00815764898		2019
NOME			
MARIA DA CRUZ DA CONCEICAO SANTO			
S			

CPF / CNPJ			
40200185888		PLACA	
		ILM-6871	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
ILM-6871		9C2HA07104R001367	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA / NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/C100 BIZ ES		2003	2004
CAP. / POT. / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0097CC	PARTICU	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
		1ª ISENTO	
FADCA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª IPVA	
		3ª	

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

NOVO ORIENTE DO PIAUI

21/05/2019

JOAO ROBERTO DO REGO LORANO
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	CPF / CNPJ	PLACA
1	40200185888	ILM-6871
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00815764898	HONDA/C100 BIZ ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2003	09	9C2HA07104R001367

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
COSTO DO BILHETE (R\$)	000,00 (R\$)	084,58 (R\$)
PAGAMENTO		20/05/2019
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

APR 1 2019

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?

[☒] 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)?

[☒] 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: 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.

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

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

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