

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0803793-57, Baixar o arq, Telefones d, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=577170&ca=a89cde8a42c5c37c8277c6563615a3...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=577170&ca=a89cde8a42c5c37c8277c6563615a3...)

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

PJe PJE 0803793-57.2020.8.18.0123 ROSALVI DAVID SOUZA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

12506721 - CONTESTAÇÃO (2758079 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/10/2020 10:28:30

14 Oct 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12506711 - CONTESTAÇÃO
- 12506721 - CONTESTAÇÃO (2758079 CONTESTACAO 01)
- 12506728 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 12506732 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 12506733 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 12506735 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2758079- C3/ 2020-03844/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE PARNABA/PI

PT 10:28 14/10/2020



Número: **0803793-57.2020.8.18.0123**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Parnaíba Anexo I UESPI**

Última distribuição : **01/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado           |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| ROSALVI DAVID SOUZA (AUTOR)                                |                    | JOSE CICERO FERREIRA FILHO (ADVOGADO)   |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                         |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                         |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                               | Tipo                    |
| 12506728                                                   | 14/10/2020 10:28   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

# 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: | 10/04/2019 |
|------------------------|------------|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ROSALVI DAVID SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00030

CONTA: 000000093129-8

---

---

Nr. da Autenticação A1356CD04511EDBC



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSALVI DAVID SOUZA

RG nº 3.289.409, data de expedição 09/02/09, Órgão SSP-PI.

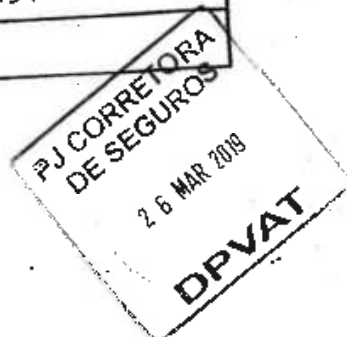
CPF nº 028.223.643-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | RUA JAMES CLARK                  |
| Número                            | 920                              |
| Apto / Complemento                |                                  |
| Bairro                            | SAO BENEDITO                     |
| Cidade                            | PARNAIBA                         |
| Estado                            | PIAUI                            |
| CEP                               | 64.202-200                       |
| Telefone de Contato               | (086) 3323.4075 (086) 99412.1349 |
| E-mail                            |                                  |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARNAIBA, PI, 15.03.2019.

Assinatura do Declarante: x Rosalvi David Souza



Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

### Fatura Mensal

[illegible]

| Cód | Nome do Serviço              | Valor (R\$) |
|-----|------------------------------|-------------|
|     | AGUA                         | 58,40       |
|     | ESGOTO                       | 49,20       |
|     | MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | 1,20        |
|     | JUROS DE MORA 001/001        | 1,20        |
|     | MANUTENCAO HIDROMETRO        | 2,35        |

21/01/2019

152.47

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE CONTRAINDICAÇÃO DE MULTA/DIÁRIOS. HORA  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

[illegible]

PRESENTE A QUALQUER DA NGA, LUGAR DE RESERVATÓRIOS SEMESTRAIS

SPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA  
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR  
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESSO COLETA DO PELA AGS  
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DE SER

47  
HORA  
150 36

26 MAR 2019

DPVAT





A União Social de Energia Elétrica - TSEE fruída de  
 1993 a 1998 de 20 de abril de 2002.

Num. 12506728 - Pág. 4



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOÃO MIGUEL

inscrito (a) no CPF/CNPJ 131.334.203 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSALVI DAVID SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.223.643/03

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSALVI DAVID SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.223.643 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO 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 CAIAPÓS</u> | Número: <u>127</u>      | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>CRISTO REI</u>    | Cidade: <u>PARNAIBA</u> | Estado: <u>PIAUI</u>              |
| E-mail: _____                | CEP: <u>64.215-730</u>  | Tel.(DDD): <u>(086) 3323.4075</u> |

Local e Data: PARNAIBA, PI. 15 de Março de 2019.

João Miguel Neto

Assinatura do Declarante





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOÃO MIGUEL

inscrito (a) no CPF/CNPJ 131.334.203 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSALVI DAVID SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.223.643/03

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSALVI DAVID SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.223.643 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

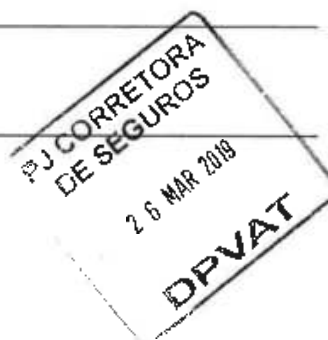
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

|                              |                         |                                   |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>RUA CAIAPÓS</u> | Número: <u>127</u>      | Complemento:                      |
| Bairro: <u>CRISTO REI</u>    | Cidade: <u>PARNAIBA</u> | Estado: <u>PIAUI</u>              |
| E-mail:                      | CEP: <u>64.215-730</u>  | Tel.(DDD): <u>(086) 3323.4075</u> |

Local e Data: PARNAIBA, PI. 15 de Março de 2019.

João Miguel Neto

Assinatura do Declarante



**DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO**

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, GERALDA DA SILVA RAMOS,  
RG nº 3.403.958, data de expedição 29 / 12 / 09,  
Órgão SSP-PI., portador do CPF nº 269.383.162-87  
com domicílio na cidade de PARNALBA, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
CONJ. RS. JOAO PAULO II. BLOCO F., nº 03  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
ROSALVI DAVID SOUZA, cujo o condutor era  
ROSALVI DAVID SOUZA  
Veículo: HONDA/POP 110 Modelo: 2016 Ano: 2015  
Placa: FIN-7951 Chassi: 9G2JB0100GR030639  
Data do Acidente: 06 / 12 / 2018.

Local e Data: PARNALBA.PI.15 de Março de 2019

x Geralda da Silva Ramos.  
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 2º Ofício de Notas  
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, CENTRO - Nº 184, PARNALBA - PIAUI  
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GERALDA DA SILVA RAMOS.  
EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. PARNALBA, 12/03/2019 14:43:40

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA / ESCRITÓRIO  
Embr. R\$ 3,65 T.J. R\$ 0,77 M.P. R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26

2º Ofício - Parna  
Maria Teresa Mendes Bezerra Lima  
Maria Alberta Mendes  
Escrivães Comprometidos



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
RUA RODRIGO COIMBRA,  
RODOVIARIA, PARNAIBA/PI - 64216-470  
CNPJ: 06553564015593  
(86) 3323-7188 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0362698 Registro: 191745  
Data: 06/12/2018 Hora: 17:10:00  
Funcionário: LETICIA Tipo: CONSULTA  
Sexo: FIMININO  
Senha 178 SUS

ROSALVI DAVID SOUZA

Nasc.: 06/10/1986 Idade: 32 ANOS, 2 MESES

End.: RUA JAMES CKAQUE, 920 -

IDGE: 2207702 Cor: PARDA

Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA

Profissão: DIARISTA

Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: PARNAIBA/PI

Tel.: (86) 9497-4251/( )

CPF: - RG: - SUS: 165500485840002

Civil: SOLTEIRO(A) CLP: 64200-010

Clínica: ACOLHIMENTO

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - O MESMO

### Procedimentos

06/17/2018 17:10 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)  
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame clínico/físico:

cheio

Diagnóstico provável:

Fract. Plavento  
tribial D

Medicação:

- Analgésico  
- Curativo



Procedimentos/exames realizados:

R

mt. Mopit.

vale pelveira

Ass. Técnico



Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/10/2020 10:28:29

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101410282947600000011831495

Número do documento: 20101410282947600000011831495

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES  
8015892  
4 - CNES  
8015895

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE  
ROSALMI DAVID SOUZA  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
185500485840002  
10 - NOME DA MÃE  
GERARDA DAVID DE SOUZA  
12 - ENDEREÇO  
RUA JAMES O'KAQUE, 920 - SÃO BENEDITO  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
PARAIBA

8 - DATA DE NASCIMENTO  
06/10/1986

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
191745  
9 - SEXO  
M 1 F 2  
11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2207702

15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64200-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dor + Deformidade  
fecho D Apio*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*Re -> fratura Planetário  
fíbula*

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura Planetário fíbula P*

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*do úmido*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
06/12/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*D. Jansen*

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) PRIMEIRO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

46 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

#### Admissão:

| Necessidades                   | Características                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observação |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Necessidades neurológicas      | Comportamento: ( ) calmo; ( ) agitado; ( ) agressivo; ( ) apático.<br>Nível de consciência: ( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento.<br>Dor: ( ) ausente; ( ) presente. Local                                                                                         |            |
| Necessidade respiratória       | Via aérea: ( ) pervia; ( ) parcialmente obstruída<br>AP: ( ) MV +; ( ) roncos; ( ) sibilos ( ) estertores.<br>Nível ventilatório: ( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( )<br>Oxigenoterapia por máscara de Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O2;<br>( ) ar ambiente. |            |
| Necessidades cardiovasculares  | FC: ( ) normal ___bpm; ( ) bradicardia ___bpm; ( ) taquicardia ___bpm.                                                                                                                                                                                                               |            |
| Necessidades gastrointestinais | ( ) SNG; ( ) SNE; ( ) Gastrostomia; ( ) Jejunostomia; ( ) Ostomia<br>Náuseas: ( ) ausente; ( ) presente.<br>Vômitos: ( ) ausente; ( ) presente.<br>Abdome: ( ) plano; ( ) globoso; ( ) flácido; ( ) distendido.                                                                      |            |
| Necessidades renais            | Diurese: ( ) ausente; ( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.                                                                                                                                                                                                                              |            |
| Necessidades tegumentares      | ( ) Hidratado; ( ) Desidratado; ( ) Corado; ( ) Ictérico; ( ) Edemaciado.<br>Acesso: ( ) AVP; ( ) dissecação venosa; ( ) punção jugular; ( ) punção de<br>subclávia.                                                                                                                 |            |
| Incisão cirúrgica              | ( ) Limpa ( ) Parcialmente embebida de sangue ( ) Totalmente embebida<br>em sangue.<br>Dreno: ( ) Penrose; ( ) torácico; ( ) sucção.                                                                                                                                                 |            |

#### Responsável:

Intervenções de enfermagem para a SRPA Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

| Ação de Enfermagem                                                         | Horário | Executante |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
| ( ) Instalar monitoração.                                                  |         |            |
| ( ) Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal.                 |         |            |
| ( ) Administrar oxigênio úmido litro/min, de acordo com prescrição médica. |         | *          |
| ( ) Observar sangramentos na incisão cirúrgica.                            |         |            |
| ( ) Controlar SSVV, segundo rotina.                                        |         |            |
| ( ) Observar a presença de vômitos e /ou náuseas.                          |         |            |
| ( ) Avaliar nível de consciência.                                          |         |            |
| ( ) Avaliar dor, segundo rotina.                                           |         |            |
| ( ) Avaliar Escala de Aldrete e Krorlik                                    |         |            |
|                                                                            |         |            |
|                                                                            |         |            |
|                                                                            |         |            |

#### AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

#### Condições na alta da SRPA:

|                    |                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de vigília  | ( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento.                                                                                      |
| Nível ventilatório | ( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( ) Oxigenoterapia por máscara<br>Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O2; ( ) ar ambiente. |
| Curativo           |                                                                                                                                              |
| Dreno              | Tipo: Observação:                                                                                                                            |
| Diurese            | ( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.                                                                                                            |
| Pertences          | ( ) roupas; ( ) joias; ( ) prótese dentária; ( ) outros.                                                                                     |

Responsável: \_\_\_\_\_

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



## BOLETIM DE ADMISSÃO

|             |            |
|-------------|------------|
| Atendimento | 1027384    |
| Data:       | 06/12/2018 |
| Hora:       | 18:22      |

|          |
|----------|
| PRISCILA |
|----------|

**191745 - ROSALVI DAVID SOUZA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 06/10/1986 - 32 ANOS, 2 MESES**

|                                                             |                                              |                          |               |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|---------------|
| Clinica: ORTOPEDIA                                          | Enfermaria: 027- CORREDOR                    | Leito: 2718              | Convênio: SUS |
| Escolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO                       | Médico: 3354 - OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR | SIS Prenatal:            |               |
| CPE:                                                        | RG:                                          | C/N:                     |               |
| Endereço: RUA JAMES OCAQUE, N° 920 - CEP: 64200-010         | Bairro: SAO BENEDITO                         |                          |               |
| Cidade: 2207702- PARNAIBA/PI                                | Profissão: DIARISTA                          | Telefone: (86) 9497-4251 |               |
| Pai:                                                        | Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA                  |                          |               |
| Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - (86) 9497-4251 - O MESMO |                                              |                          |               |
| Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO               |                                              |                          |               |
| Diagnóstico Definitivo:                                     |                                              |                          |               |

### Resultado

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

-48 horas

+48 horas

Óbito

Transferido

### História Clínica

Diagnóstico Provável

*Fratura de clavícula fechada*

Dr. Osmar B. Linhares Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23547 - PI - 15/06/2010

OSMAR BEZERRA LINHARES JUNIOR

RJ CORRETORA  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

DPVAT



06563564015593

## NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO: 191.745 PACIENTE: 1027384 ROSALVI DAVID SOUZA ENF./LEITO: 027/2718  
 INÍCIO: 10:40 HORA. TÉRMINO: 11:40 HORA. DURAÇÃO: HORA. CIRURGIA: Platô total D  
 CIRURGIÃO: Fabício 1º AUXILIAR: Osmar ANESTESISTA: Francisco

## MEDICAMENTOS DE SALA

| ESPECIFICAÇÃO        | UNID | QUANT | ESPECIFICAÇÃO                | UNID | QUANT |
|----------------------|------|-------|------------------------------|------|-------|
| Adrenalina           | amp  |       | Ocitocina                    | amp  |       |
| Água estéril 10ml    | amp  |       | Pancurônio                   | amp  |       |
| Atropina             | amp  |       | Pelidina 50mg/2ml            | amp  |       |
| Clorpromazina        | amp  |       | Plasil 10mg                  | amp  |       |
| Dexametazona 4mg/2ml | amp  | 1     | Propofol 1%, 20ml            | amp  |       |
| Diazepam 10mg        | amp  |       | Prostigmine                  | amp  |       |
| Emoril               | amp  |       | Soro Fisiológico 0,9%, 500ml | fr   | 3     |
| Eupamina             | amp  |       | Soro Glicosado 5%, 500ml     | fr   |       |
| Formonid 15mg/3ml    | amp  |       | Soro Ringer c/ lactado       | fr   |       |
| Fortil 10mg/1ml      | amp  |       | Sulfato de Magnésio 50%      | amp  |       |
| Flurano              | ml   |       | Suxametônio 100mg            | fr   |       |
| Glucagon 50mg        | amp  |       | Tionembatal                  | fr   |       |
| Heptanal             | fr   |       | Transamin                    | amp  |       |
| Halotano             | ml   |       | Xilocaina 2% s/ vaso         | fr   |       |
| Haloperidol          | amp  |       | Xilocaina 2% c/ vaso         | fr   |       |
| Heptal               | fr   |       | Xilocaina 5% (pesada)        | fr   |       |
| Isotergim            | amp  |       | <u>Midazolam</u>             |      | 1     |
| Kaloxona             | amp  |       | <u>Midazolam</u>             |      | 2     |
| Leocaina c/ vaso     | amp  |       | <u>Cigalotina</u>            |      | 1     |
| Leocaina pesada      | amp  |       |                              |      |       |
| Leocaina s/ vaso     | amp  |       |                              |      |       |

## MATERIAIS DE SALA

| ESPECIFICAÇÃO                  | UNID  | QUANT | ESPECIFICAÇÃO                | UNID | QUANT |
|--------------------------------|-------|-------|------------------------------|------|-------|
| Alcath n° 20                   | un    | 1     | Algodão c/ agulha n°         | env  |       |
| Agulha descart. 40x12 25x07    | un    | 4     | Algodão c/ agulha n°         | env  |       |
| Agulha p/ raque n° 27          | un    | 1     | Algodão s/ agulha n°         | env  |       |
| Algodão ortopédico             | metro |       | Algodão s/ agulha n°         | env  |       |
| Adesivo de crepom tam. 1m      | rolo  | 3     | Cat gut simples c/ agulha n° | env  |       |
| Adesivo gessado tam. 1m        | rolo  |       | Cat gut simples c/ agulha n° | env  |       |
| Breno de tórax                 | un    |       | Cat gut Crom. c/ agulha n°   | env  |       |
| Breno peritose                 | un    |       | Cat gut Crom. c/ agulha n°   | env  |       |
| Equipe p/ macrogotas           | un    | 1     | Mononylon n° 3.0 2           | env  | 2     |
| Equipe p/ transfusão sanguínea | un    |       | Mononylon n°                 | env  |       |
| Lâmina p/ bisturi n° 24        | un    | 1     | Prolene n°                   | env  |       |
| Linha elástica n° 7.5 80 70    | par   | 3     | Prolene n°                   | env  |       |
| Linha p/ proced. n° 11         | par   | 8     | Vicryl n° 2.0                | env  |       |
| Scalp n°                       | un    |       | Vicryl n° 1                  | env  |       |
| Sonda Foley 2 vias n°          | un    |       | <u>Excavador de dentes</u>   |      |       |
| Sonda Foley 3 vias n°          | un    |       | <u>Seringa 10 ml 20-5</u>    |      |       |
| Sonda nasogastrica n°          | un    |       | 02                           |      |       |
| Sonda vesical simples n°       | un    |       |                              |      |       |
| Coletor de urina               | un    |       |                              |      |       |
| Clamp umbilical                | un    |       |                              |      |       |

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? Placas e Parafusos

FEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

*Carimbo*

DATA: 10/12/18







GOVERNO DO ESTADO  
**Piauí**

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



Hospital Estadual Dirceu Arcoverde  
Parnaíba - Piauí

Paciente: Renato David Souza

Idade: \_\_\_\_\_ Data: 30/02/18

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Checkagem antes da indução anestésica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Checkagem antes da incisão cirúrgica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Checkagem antes da paciente sair da sala de cirurgia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Confirmar com paciente:</b><br>Identificação: (X) Sim ( ) Não.<br>Procedimento programado: <u>Proctectomia</u><br>Sítio demarcado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica.<br>Jejum: (X) Sim Quantas horas? <u>24</u> ( ) Não.<br><b>Consentimento preenchido e assinado:</b><br>Para a anestesia: (X) Sim ( ) Não.<br>Para a cirurgia: (X) Sim ( ) Não.<br><b>Materiais/medicamentos para anestesia disponíveis?</b><br>(X) Sim ( ) Não.<br><b>Monitor cardíaco e oxímetro de pulso instalado e funcionando?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Paciente possui alergia?</b> ( ) Sim Qual? _____<br>(X) Não.<br><b>Há risco para via aérea difícil/broncoaspiração?</b><br>( ) Sim (X) Não.<br><b>Há risco de perda sanguínea maior que 500ml (7ml/Kg em crianças)?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Tem acesso venoso adequado?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Tem reserva de sangue?</b> ( ) Sim (X) Não.<br><b>Enfermeiro do CC: <u>Rafene</u></b><br><b>Circulante: <u>Priscila</u></b><br><b>Anestesiista: <u>Francisco</u></b> | (X) Confirmar que todos os membros da equipe se apresentem pelo nome e função<br>(X) Confirmar com toda equipe verbalmente: Nome do paciente, Sítio cirúrgico e Procedimento programado.<br><b>Antecipação dos eventos críticos:</b><br>Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica? ( ) Sim Qual? _____<br>(X) Não.<br>Equipe anestésica: alguma preocupação específica com o paciente? ( ) Sim Qual? _____<br>(X) Não.<br><b>Checkagem da equipe de enfermagem:</b><br>Instrumentais/próteses estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização? (X) Sim ( ) Não.<br>Todos equipamentos necessários estão disponíveis? (X) Sim ( ) Não.<br>Placa de bisturi está posicionada? ( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.<br><b>Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Exames de imagem estão disponíveis?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Instrumentador: <u>Francisco</u></b><br><b>Cirurgião: <u>Francisco e Francisco</u></b><br><b>Anestesiista: <u>Francisco</u></b> | <b>Confirmar verbalmente: procedimento realizado:</b><br><u>Proctectomia</u><br><b>Contagem correta de compressas?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Contagem dos instrumentais cirúrgicos?</b><br>(X) Sim ( ) Não.<br><b>Contagem de agulhas está correta?</b> (X) Sim ( ) Não.<br>( ) Não se aplica.<br><b>Identificação da amostra com nome do paciente, idade, nome da peça, nome do cirurgião, nome do Hospital para anotação patológica e preenchimento da solicitação?</b> ( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.<br><b>Preenchimento da ficha de utilização de prótese?</b><br>( ) Sim (X) Não ( ) Não se aplica.<br><b>Registro do procedimento realizado?</b> (X) Sim ( ) Não.<br><b>Houve problema com algum equipamento para ser resolvido?</b> ( ) Sim Qual? _____<br>(X) Não (X) Não<br><b>Enfermeiro do CC: <u>Rafene</u></b><br><b>Circulante: <u>Priscila</u></b><br><b>Anestesiista: <u>Francisco</u></b><br><b>Cirurgião: <u>Francisco e Francisco</u></b> |



15/02/2019



ROSALVI DAVID SOUZA

Data do Estudo: 2018-12-06

ID do Paciente: P0362698

ID do

Estudo: 2018-2019152100

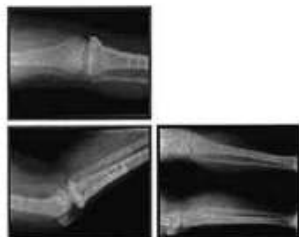
Estrutura:

Série Descrição

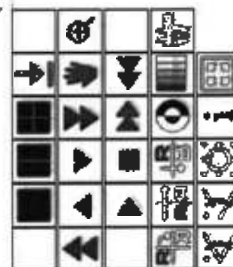
1002

1003

1001



..SIMS WEB..



<http://10.42.7.19/dig/web/dig/web.php?requestType=VAD.O&studyID=1.2.392.200006.9125.2.96361522362.54892856224.45488318.pag e=1>

39103

RUA RODRIGO COLIMBA, 1.450 - PODOLIA-31A  
 Fone: (86) 3323-7188  
 CEP: 64216-470 - PARNAIBA/PI

|                    |                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------|
| Data de Nascimento | Endereço                                            |
| 06/10/1985         | RUA JAMES CKACUE, 920 - SAO BENEDITO<br>PARNAIBA/PI |

Paciente: ROSALVI DAVID SOUZA Nº DO ATENDIMENTO: 1027384 IDADE: 32 ANOS, 2 MESES ENF: 027 LITRO: 271B

| Data | Prescrição Médica       | Horário de Medicação | Quant | Evolução Médica  |
|------|-------------------------|----------------------|-------|------------------|
|      | PO of                   |                      |       | PO of            |
|      | 1) Difenidramina 250    |                      |       | M infusão em 100 |
|      | 2) Sc 1500              |                      |       |                  |
|      | 3) Difenidramina - 10mg |                      |       |                  |
|      | 4) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 5) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 6) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 7) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 8) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 9) Difenidramina 10mg   |                      |       |                  |
|      | 10) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 11) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 12) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 13) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 14) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 15) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 16) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 17) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 18) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 19) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |
|      | 20) Difenidramina 10mg  |                      |       |                  |

Dr. Osnaif de Linhares  
 CRM 3384 / TEOT 9846

Dr. Osnaif de Linhares  
 CRM 3384 / TEOT 9846

11/12/19

18h PA= 130x90mmHg



GOVERNO  
DO PLAUÍ

## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## PARNAIBA - PIÁUI

# PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME Rosalina David Benga

IDA.D.E

LEITO

DATA 10 / 32 / 38

| PRESCRIÇÃO | HORÁRIO  | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM |
|------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|            | 10:24 hs | No dia 10/12/18 às 10:24hs, paciente foi admitido no IC para tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial, proveniente da Clínica Cirúrgica, em maca, 17,0 no Anestesia (SIC). Buque consciente, orientado, físico. Relato: está imobilizado à 14 hs. Queixas: dores no membro inferior no momento. |                        |
|            |          | Com AUP em M 5E SS UU. PA=160x90mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |
|            |          | Med. Emp. Lave. Perna                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
|            |          |                                                                                                                                                                                                                     |                        |







## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

| NOME:               | REG:                                                                                                                                                                                                                                                       | ENF: | LEITO: |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| Rapalbi David Souza |                                                                                                                                                                                                                                                            | 39   | 03     |
| D/HR                |                                                                                                                                                                                                                                                            |      |        |
| 01/12/18 às 12:00   | paciente mulher socorrida, orientada, física. Restrita no lado<br>Hipoparado. AVE em USE mantendo com fixação de placa tibial D.<br>Queixou-se de algia em UIO, realizado analgésico conforme prescrição<br>médica. As atividades da equipe de enfermagem. |      |        |



| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |         |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESCRIÇÃO:                                                                                                                                                                                                                 | DATA: 07/12/18                                                                                                                                                             | HORÁRIO | EVOLUÇÃO MÉDICA                                                                                   |
| DIETA LIVRE<br>SF 0,9% 500ML EV EM 24H 32 C )<br>HEP SODICA 5000 UI SC DE 12/12HS 38<br>DIPIRONA 1 G EV 6/6H S/N - 12/12/18<br>DICLOFENACO 1 CP VO 12/12H S/N - 12/12/18<br>TRAMAL 100MG 8/8H S/N - 12/12/18<br>SSVV + CCGG | <br> |         | PAC INTERNADA COM FRATURA DE PLATO TIBIAL<br>SOLICITADO EXAMES PRE OP<br>AGUARDA CIRURGIA         |
| <b>HEDA</b>                                                                                                                                                                                                                 | ROSALVI DAVI SOUZA                                                                                                                                                         |         | <br><b>39103</b> |
| HOSPITAL ESTADUAL DIFCEU ARCOVERDE                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |         |                                                                                                   |





GOVERNOR  
DO FLAULT

## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

**EDDA**  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE MÉDICA

**NOME**

PARNAÍBA - PIAUI

IDADE 220

LEITO John

DATA OF / 12 / 18

| PRESCRIÇÃO MÉDICA              | HORÁRIO DE MEDICAÇÃO | QUANT. | EVOLUÇÃO MÉDICA |
|--------------------------------|----------------------|--------|-----------------|
| 1) <i>Bike leve</i>            |                      |        |                 |
| 2) <i>Secound 60</i>           |                      |        |                 |
| 3) <i>Vo Hava 1cp</i>          | <i>V.O. 12/12h</i>   |        |                 |
| 4) <i>Heptamine 5000</i>       | <i>Off SC 12/12h</i> |        |                 |
| 5) <i>Diprione 1cp</i>         | <i>V.O. 6/8h 5m</i>  |        |                 |
| 6) <i>SSV 4 ALB.</i>           |                      |        |                 |
| 7) <i>Amend 01 cp 1x 1/12h</i> |                      |        |                 |
| 8) <i>58h</i>                  |                      |        |                 |





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

|                                 |              |                              |               |             |         |
|---------------------------------|--------------|------------------------------|---------------|-------------|---------|
| PACIENTE: <b>David Souza</b>    |              | IDADE:                       | DATA DE NASC: | PESO:       | SEXO:   |
| PROCEDIMENTO:                   |              | ESTADO FÍSICO ASA: <b>1B</b> |               |             |         |
| PRESSÃO ARTERIAL: <b>160/90</b> | FC:          | RESPIRAÇÃO:                  | TEMPERATURA:  | PESO:       | ALTURA: |
| HEMOGLOBINA:                    | HEMATÓCRITO: | GLICÊMIA:                    | UREIA:        | CREATININA: | OUTROS: |

|          |  |             |  |
|----------|--|-------------|--|
| OXIGÊNIO |  | SEVOFLURANO |  |
|          |  |             |  |
|          |  |             |  |

**SEQUÊNCIA**  
 Gly 12-14  
 Artive  
 upel

**DIAGNÓSTICO**  
 Dissecção da aorta  
 Cefalotro 1g  
 Diclofenaco 1g  
 Aspirina 3g  
 Hidrocodona 2g  
 Fentanil 100mcg

**PI CORRELOP DE SEGUROS**  
 26 MAR 2019

**INÍCIO** **FM**  
**DURAÇÃO** **OPVAT**

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

|                 |      |                   |      |                     |      |                     |      |
|-----------------|------|-------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| Atropina        | Amp  | Dopamina          | Amp  | Neostigmina         | Amp  | Ranitidina          | Fras |
| Adrenalina      | Amp  | Dexamet           | Amp  | Nitride             | Amp  | Ranitidina          | Amp  |
| Agua dest. 10ml | Amp  | Efedrina          | Amp  | Noradrenalina       | Amp  | Ringer-Lactado      | Fras |
| Cipro 200mg     | Fras | Efedrina          | Amp  | Neocina 0,5% pesada | Amp  | Sufentanil          | Amp  |
| Cefazolin 1g    | Amp  | Fentanil (100mcg) | Amp  | Neocina 0,5% Isobar | Amp  | S. Fisiológico 0,9% | Fras |
| Clonidina       | Amp  | Fentanil (frasco) | Fras | Omeprazol           | Fras | S. gliconado 5%     | Fras |
| Coláide ( )     | Fras | Sevoflurano       | Ml   | Pancuronio          | Amp  | Atrocin             | Amp  |
| Dexametasona    | Amp  | Hidrocodona       | Fras | Profenid            | Amp  | Tramadol            | Amp  |
| Diazepam        | Amp  | Isoturano         | Ml   | Propofol            | Fras | Novolup 0,5% v      | Fras |
| Diprifer        | Amp  | Maurol            | Fras | Pretonina           | Amp  | Lidocaina 2% v      | Fras |
| Diprifer        | Amp  | Metronidazol      | Fras | Quelicin            | Fras |                     |      |
| Dobutamina      | Amp  |                   |      | Quetienina          | Fras |                     |      |

**Franco de Melo Cunha**  
 ANESTESIOLOGISTA  
 CPF 800.718.643-34  
 CRM-PI 3423  
 Anestesiologista - CRM

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP  
 Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo  
 CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil  
 Telefone: 86 3316.1583  
 www.saude.pi.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



## LAUDO CIRÚRGICO

Rosalvi David Souza

PACIENTE: *Fra. Placido Leal* IDADE: *80* DATA DE NASCIMENTO: *06/10/1938*

DIAGNÓSTICO: *Fr. Placido Leal* OPERAÇÃO: *Ho um gno*

DATA: *10/12/18* INTERVENÇÃO:

CIRURGIÃO: *Dr. Osman* AUXILIARES: *Dr. Fabiano*

ANESTESISTA:

PRÉ-MEDICAÇÃO:

INTERVENÇÃO: INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO  
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

*1. Pte em dalt sob anest.*  
*2. Assup. + Aut. + AP. Campos*  
*3. Realiza + coloc. Píode + Foleyus*  
*4. Sutura + Curativo*

*Dr. Osman B. Linhares Jr.*  
*Ortop. / Traumatologia*  
*CRM 354 / T.O. 9846*

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
26 MAR 2019  
DPVAT

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP  
Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo  
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil  
Telefone: 86 3216.1583  
[www.saude.pi.gov.br](http://www.saude.pi.gov.br)



RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOLVIANA

Fone: (86) 3322 7185

CEP: 64216-470 - PARNALIBA/PI

Data de Nascimento

06/10/1985

Endereço

RUA JAMES CAQUE, 920 - SACILMEDITO  
PARNAIBA/PI

LEITO: 2718

Paciente

ROSALVI DAVID SOUZA

Nº DO ATENDIMENTO

1027324

IDADE: 32 ANOS, 2 MESES

FILHO: 027

Evolução Enfermagem

Data

Prescrição Enfermagem

Horário de Medicação

QUANT

Paciente sedentária na clínica, apresenta com  
história de glaucoma bilateral. Seguinte aos  
cuidados da equipe de enfermagem de plantão  
a seguir: orientada, física confortável, mantida com  
do  
Márcia D. de Araújo  
ENFERMEIRA  
COREN-PI 010 553 813

Dr. Felipe Machado

ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA  
MEDICINA DO TRABALHO  
CRMPI 3658 / RQE 986



Rosálvi DAVID SOUZA

LAUDO MÉDICO

**ARTROSE** Paciente sofreu Acidente de Trânsito  
**OSTEOPOROSE** em 06/12/2018 com Trauma no Joelho  
**HÉRNIA DE DISCO** Direito evoluiu com dor e deformidade.  
**DORES NA COLUMNA**  
**BURSITE NO OMBRO** Raxio x - Fratura Placa T1 e T2 Medial  
**AValiação DE TOMOGRAFIA E** realizado cirurgia com placa e parafusos  
**RAIO X** Alta Medice Definitiva, Perda de  
**INFILTRAÇÃO ARTICULAR** Junções 75% Joelho Direito devido  
**LESÕES DE LIGAMENTOS NO JOELHO** a consolidação Viciosa o material  
**ESPORÃO NO PÉ** de síntese dentro da articulação  
**LAUDOS DPVAT** causando dor crônica e  
**FRATURAS ÓSSEAS** sinovite / Instabilidade ligamentar  
**LAUDOS PREVIDENCIÁRIOS** ruptura Cruzado, deformidade  
**CONFEÇÃO DE GESSO** por Traumatismo em Valgo

Previclin  
Clínica Médica Popular

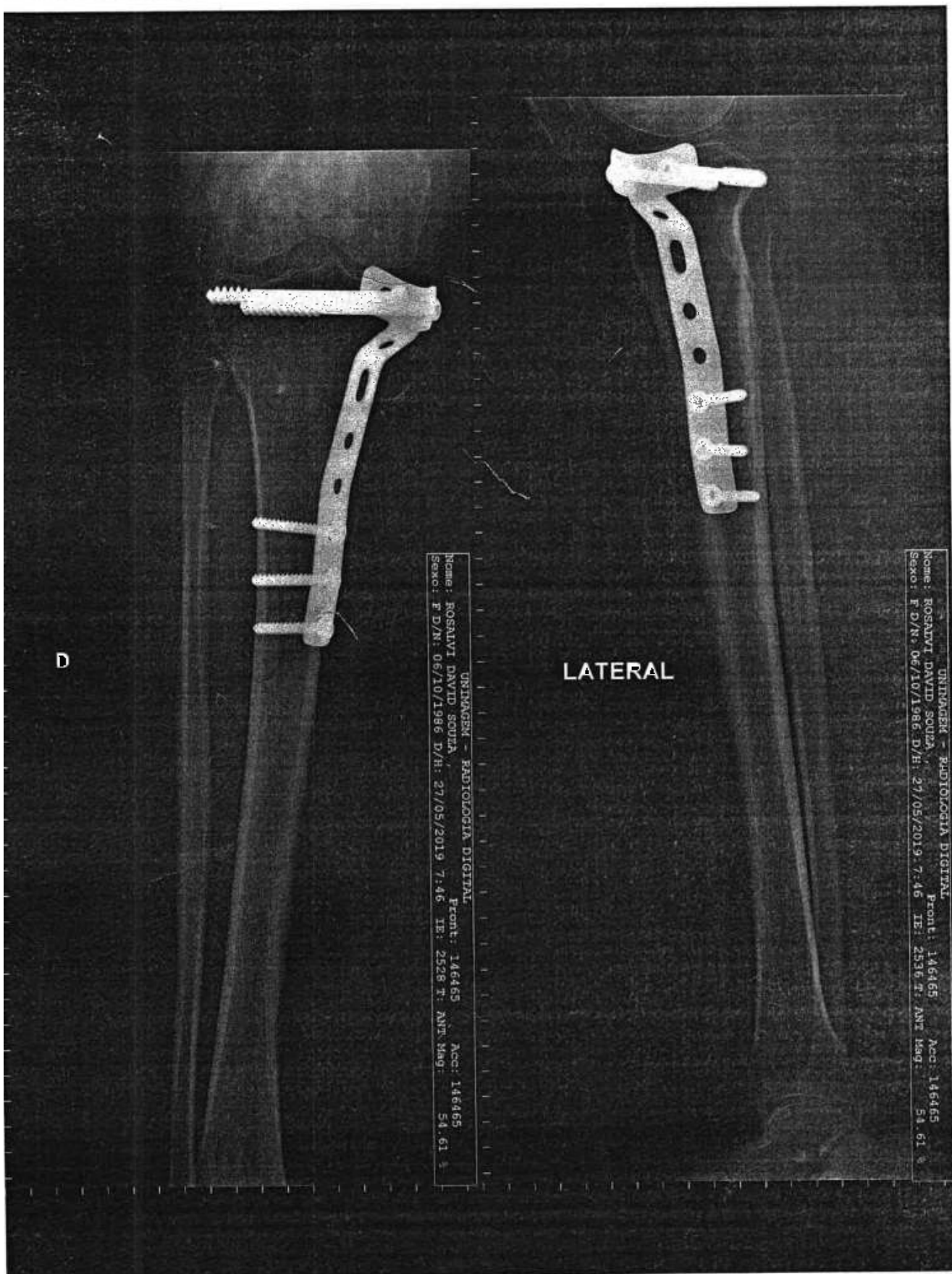
06.09.19  
Atendimento Todas as Tardes  
Av. Álvaro Mendes, 1320 Parnaíba - PI  
3322-4247

Dr. Felipe Machado  
Ortopedista/Medicina do Trabalho  
CRM-PI 3658 / RQE 986





End: Rua Padre Castelo Branco, 1440 - Bairro: São José - CEP: 64218-310 - Parnaíba-PI  
Telefone: (86) 3221-1120/ 3321-1952  
email: unimagem.parnaiba@hotmail.com





*Clínica de Imagem*

NOME: ROSALVI DAVID SOUZA  
MÉDICO:  
CONVÊNIO: CONVÊNIO J.U.  
NÚMERO: 146465

Data: 27/05/2019

**RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA**

**RELATÓRIO**

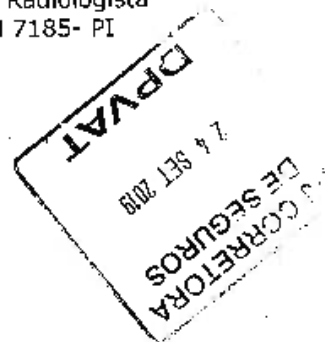
O estudo radiológico da perna, realizado em incidências antero/posterior e perfil demonstra:

- \* Redução difusa da densidade óssea (desuso).
- \* Controle de tratamento do platô tibial e extremidade proximal da tíbia mantido com placa e parafusos intrasomáticos, demonstrando bom alinhamento, sem sinais de sutura.
- \* Não caracterizados desalinhamentos ósseos apreciáveis ao método no presente estudo.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

- \* Redução difusa da densidade óssea (desuso).
- \* Controle de tratamento do platô tibial e extremidade proximal da tíbia mantido com placa e parafusos intrasomáticos, demonstrando bom alinhamento, sem sinais de sutura.

Carla Valeria V.M. de Miranda  
Médica Radiologista  
CRM 7185- PI



Rua Padre Castelo Branco, 1440  
Bairro São José - Parnaíba - PI  
e-mail: unimagem.parnaiba@hotmail.com  
Fones: (86) 3321-1120 / 1952



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRAZIL

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




*Rosalvi David Souza*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.289.409 DATA DE EXPEDICÃO 09/02/09

NOME ROSALVI DAVID SOUZA

FILIAÇÃO GERALDA MARIA DAVID SOUZA

NATURALIDADE PARNATAIBA-PI DATA DE NASCIMENTO 06/10/1986

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 103632-L A427/F 32  
EXP. PARNATAIBA/PI 05/02/98  
CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR Criminal

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 39.250/83

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS

26 MAR 2019

DPVAT

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

**028.223.643-03**

Nome  
ROSALVI DAVID SOUZA

Nascimento  
06/10/1986




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DO PIAUÍ**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**DIRETORIA DE PESSOAL**  
**GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO**  
(Serviço de Identificação Militar - FPM - 20.000.000)

**RG Nº** 10.1515-69

**Porto / Causação** 3º Sgt PM **QUADRO** QPMF-0 **SITUAÇÃO** RPL, Promovido 2º Ten

**PERFIL** 

**PERFIL A**  
**JOÃO MIGUEL NETO**

**CS** 0 **SEX** NEG **MATRÍCULA** 011026-6 **INSCRIÇÃO** 20 Jun 1989

**ASSINATURA NO REGISTRO**  
*João Miguel Neto*

**CÂMARA DE IDENTIFICAÇÃO - VIZINHA DA TUDO IDENTIFICAÇÃO NACIONAL**

**GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPI**

**MIGUEL PEREIRA NETO**

**LUZ PEREIRA NETO**

**LOCAL e data de Nascimento** Esperantina - PI - 08 Dez 1949 **Nº DA CÔDULA** 001746 **SEX** M

**CPF** 131.334.203-30 **ASSINATURA** 

**TÍTULO ELEITORAL** 201974515/20 - 003 - 095 **CPF** 01278510398

**DOCUMENTO APRESENTADO**  
 Reg. Cas nº 1.248, Cart. Habito Fortado, Parnaíba - PI, Lv 106, Fl. 61-V e 62, Exp. 16 Mar 1977

**LOCAL e DATA de Emissão** Teresina - PI - 17 Dez 2005

**FERNANDO DEMERVAL RODRIGUES MOURA - CEL BR**  
 ASSIDENTE MISTO - 10.000.000 DE 1907

**PM PIAUÍ - 10.000.000 Nº 7.114, DE 19.000 DE 2, DECRETO LEGISLAÇÃO Nº 6.760, DE 17 JUL 88**

**PARAGUARI** 

**PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS**  
 26 MAR 2019  
**DPVAT**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI Nº **011669996241**  
0120160047065 87665876186

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**  
1279016252744114475488061218663110025116

T 01077593150 ENTRC

GERALDA DA SILVA RAMOS

CJ RES J PAULO II 03 BL F 00003  
MEDONCA CLARK HBB BID PI

26938316287 PIN-7951

PARNAUTO VEICULOS LTDA

PLACA ANT/UF 9C2JB0100GR030639

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

HONDA/POP 1101 2015 2016

02P/0109CC PARTIC VERMELHA

OBSERVAÇÕES  
0 PET: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

PARNAIBA 12/02/2016

ALDO MARTINS DO RÊGO LORRÃO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI



## REQUERIMENTO DE REANÁLISE PROCESSUAL

Ao Senhor Analista de Seguro DPVAT, da Seguradora Líder

Eu, **ROSALVI DAVID SOUZA**, brasileira, maior, piauiense, RG 3.289.409 SSP-PI, CPF 028.223.643-03, residente e domiciliado na Rua James Clark, nº920, Bairro São Benedito - Parnaíba-PI, vítima e beneficiária no processo DPVAT de nº 3190229589, acidente automobilístico ocorrido em 06/12/2018; venho através deste solicitar PERÍCIA MÉDICA pois tive meu pedido indenizatório pago sem ao menos passar pela referida perícia e penso ter recebido indenização insatisfatória diante da lesão a qual fui vítima que me deixou com grave sequela.

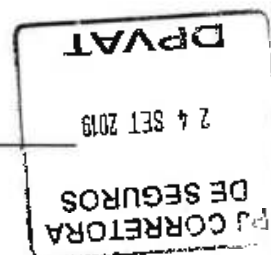
Vale ressaltar que tive uma fratura na tibial direita e passei por procedimento cirúrgico, que resultaram em dificuldades na prática de atividades diárias.

Agradeço antecipadamente a atenção, aguardando a reanálise processual e a marcação de perícia médica

Parnaíba-PI, 29 de Abril de 2019

x *Rosalvi David Souza*

ROSALVI DAVID SOUZA



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ROSALVI DAVID SOUZA

RG: 3.289.409 SSP-PI. Orgão Emissor: SSP-PI. CPF: 028.223.643-03

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: RECUSOU

Endereço: RUA JAMES CLARK 920 B. SÃO BENEDITO PARNAIBA-PI. Nº 920

Bairro: São BENEDITO Cep: 64.202.200 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.

Telefone: ( ) ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: JOAO MIGUEL NETO

RG: 101515-69 Orgão Emissor: PM-PI. CPF: 131.334.203-30

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: RECUSOU

Endereço: RUA CAIAFÓS Nº 127

Bairro: CRISTO REI Cep: 64.215-730 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.

Telefone: 086) 3323.4075 086) 99412.1349 086) 99997.3115

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à: Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

CPF: 028.223.643-03 Data do Acidente: 06 / 12 / 2018.

Cobertura solicitada: (x) Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

PARNAIBA-PI. 15 de Março de 2019.

Local e data

x Rosalvi David Souza

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Cartório do 2º Ofício de Notas  
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, CENTRO - Nº 154, PARNAIBA - PIAUÍ  
RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROSALVI DAVID SOUZA EM  
TEST. DA VERDADE: DOU FE. PARNAIBA. 14/03/2019 09:50:03

CARTÓRIO BEZERRA  
2º Ofício - Parnaíba  
Maria Teresa Mendes Bezerra  
Mário Alberto Mendes Bezerra  
Escrivães Compromissários

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA - ESCRIVENTE  
Emp. R\$ 3.867,12 R\$ 0,77 MP, R\$ 0,10 Sed. R\$ 0,20 T.O.A. R\$ 4,59

Selo de Fecundação e Autenticidade  
Fórmula Judicial  
Estado do Piau  
Ass. de Parnaíba  
Regist. e  
Tribunal  
RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
ABO 49331



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101517/19

**Vítima:** ROSALVI DAVID SOUZA

**Data do acidente:** 06/12/2018

**CPF:** 028.223.643-03

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ROSALVI DAVID SOUZA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JOAO MIGUEL NETO : 131.334.203-30

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

#### ROSALVI DAVID SOUZA : 028.223.643-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019  
Nome: JOAO MIGUEL NETO  
CPF: 131.334.203-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

JOAO MIGUEL NETO

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101517/19

Número do Sinistro: 3190229589

Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

Data do acidente: 06/12/2018

CPF: 028.223.643-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSALVI DAVID SOUZA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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: 24/09/2019  
Nome: JOAO MIGUEL NETO  
CPF: 131.334.203-30

JOAO MIGUEL NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190229589 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSALVI DAVID SOUZA **Data do acidente:** 06/12/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE, PLACA E PARAFUSO ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTOS PERNA DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE EM PERNA DIREITA

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |





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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190229589

Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

Data do Acidente: 06/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14106743

Pag. 01855/01856 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190229589**

**Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA**

**Data do Acidente: 06/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MIGUEL NETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ROSALVI DAVID SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000030**

Conta: **0000093129-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190229589

Vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

Data do Acidente: 06/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSALVI DAVID SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01103/01104 - carta\_09 - INVALIDEZ

00070552



Carta nº 14808110



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                 |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:  | Nome completo da vítima: |
|                                                                                                                                       | 028.223.643-03  | ROSALVI DAVID SOUZA      |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                 |                          |
| Nome completo:                                                                                                                        |                 | CPF:                     |
| ROSALVI DAVID SOUZA                                                                                                                   |                 | 028.223.643-03           |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:       | Número: Complemento:     |
| RECUSOU                                                                                                                               | RUA JAMES CLARK | 920                      |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:         | Estado: CEP:             |
| SÃO BENEDITO                                                                                                                          | PARNAIBA        | PIAUÍ 64.202-200         |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel. (DDD):     |                          |
|                                                                                                                                       | (086) 3323.4075 |                          |

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 0030 CONTA: 93129 8

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PARNAIBA, PI, 15.03.219

Nome: ROSALVI DAVID SOUZA

CPF: 028.223.643-03

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com o objetivo de atestar a veracidade do conteúdo do formulário e a assinatura.





AUTO-ATENDIMENTO - SNC PARNAIBA

DATA: 11/03/2019

HORA: 17:48:30

TERMINAL: 00305078

CONTROLE: 003050780321

AGENCIA: 0030 - PARNAIBA

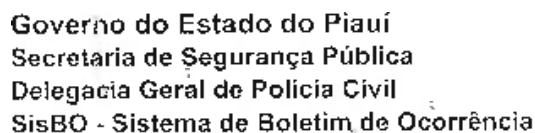
CONTA: 013.00093129-8

CLIENTE: ROSALVA DAVID SOUZA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

CH 000 000 DATA LIMITE





Unidade de Registro: DELEGACIA DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER REA/Pol/Reg: José Ailton De Souza Freitas

Data/Hora: 27/02/2014 17:01

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE PARNALBA

### Tipo Local

VIA PÚBLICA

Municipio

PARNAIBA

Endereco

AVENIDA SÃO SEBASTIÃO, Nº:

## Complemento

Data/Hora

06/12/2018 - 17:00

Bairro

SÃO BENEDITO

### Ponto de Referência

DE FRENTE AO POLE VALENTE

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RASALVI DAVID SOUZA

RG: 3289409 SSP| P|

Mãe: GERALDA MARIA DAVID SOUZA

ENDREDO: RUA JAMES CLARK, Nº 920

Complemento: AO LADO DA ANTIGA CENTRAL DE FLAGRANTE

Bairro: SÃO BENEDITO

Cidade: PARNAL/BA

Telefons: 86-9488-5318

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: ELINALDA MARIA DAVID SOUZA

RG: 3.685.302 SSP-P PI

Não: GERALDA MARIA DAVID SOUZA

Endereço: RUA JAMES CLARK, Nº 920

Bairro SÃO BENEDITO

Cidade: PARNAÍBA

Telephone(s): 86-9404-0728

Logo Envoyé: NOTICIAN & Noticiario

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

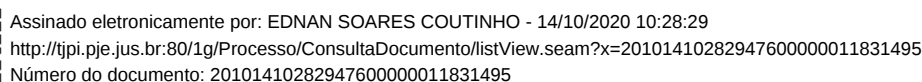
## RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE DECLARA QUE NA DATA ACIMA CITADA SUA IRMÃ ROSALVE DAVID SOUZA CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA POP 110 I ANO 2015/2016 COR VERMELHA PLACA PIN-7951 PARNAÍBA PI CHASSI 9C2JB0100G1000008 RPTV 01077593250 LICENCIADA EM NOME DE GERALDA DA SILVA RAMOS QUE A VÍTIMA SEGUIA NA AVENIDA SÃO FIDELIS SENTIDO NASCENTE /POENTE AO DESVIAR-SE DE UM ANIMAL (CACHORRO) PERDEU O EQUILÍBRIO INDÓ DO E FICOU NO CHÃO FRATURANDO O PLATOR DIREITO (OSSO ABAIXO DO JOELHO). QUE FOI SOCORRIDA PLO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE ONDE FOI SUBMETIDA A EXAMES DE RAIO X CONSTATANDO A LESÃO E QUE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PERMANECENDO HOSPITALIZADA POR SEIS DIAS NA QUELA UNIDADE DE SAÚDE.

José Aurino De Souza Freitas - Mat. 0929042  
AGENTE DE POLÍCIA

EDUARDO MARIA DAVID SOUZA - Notário  
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 27/02/2019 11:07 - SisBO@2611-2019 ATJ





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101301.001559/2019-98**

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 27/02/2019 17:07 - SisBO@2011-2019 AT:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/10/2020 10:28:29  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101410282947600000011831495>  
Número do documento: 20101410282947600000011831495

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 028.223.643-03 Nome completo da vítima: ROSALVI DAVID SOUZA

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

Nome completo: ROSALVI DAVID SOUZA CPF: 028.223.643-03

Profissão: RECUSOU Endereço: RUA JAMES CLARK Número: 920 Complemento:

Bairro: SÃO BENEDITO Cidade: PARNAIBA Estado: PIAUI CEP: 64.202-200

E-mail: Tel. (DDD): (086) 3323.4075

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

## RENDAS MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0030 CONTA: 93129 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PARNAIBA, PI, 15.03.219  
Nome: ROSALVI DAVID SOUZA  
CPF: 028.223.643-03

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: CPF:

Assinatura

2º Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com o objetivo de atestar a veracidade do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.





AUTO-ATENDIMENTO - SNC PARNAIBA

DATA: 11/03/2019

HORA: 17:48:30

TERMINAL: 00305078

CONTROLE: 003050780321

AGENCIA: 0030 - PARNAIBA

CONTA: 013.00093129-8

CLIENTE: ROSALVA DAVID SOUZA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

CH 000 000 DATA LIMITE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
RUA RODRIGO COIMBRA,  
RODOVIARIA, PARNATIBA/PI - 64216-470  
CNPJ: 06553564015593  
(86) 3323-7188 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0362698  
Data: 06/12/2018  
Funcionario: LETICIA  
Registro: 191745  
Hora: 17:10:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO  
SUS

ROSALVI DAVID SOUZA

Nasc.: 06/10/1986 Idade: 32 ANOS, 2 MESES

End.: RUA JAMES CKAQUE, 920 -

IDGÉ: 2207702 Cor: PARDA

Mãe: GERARDA DAVID DE SOUZA

Profissão: DIARISTA

Bairro: SAO BENEDITO

Cidade: PARNATIBA/PI

Tel.: (86) 9497-4251/( )

CPF: - RG: - SUS: 165500485840002

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64200-010

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA - O MESMO

### Procedimentos

06/12/2018 17:10 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)  
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame clínico/físico:

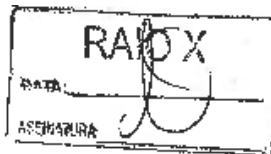
cheiro

Diagnostico provavel:

Fract. Plavento

Medicação:

- Analgesia  
- Cirurgia



Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

R

mt. Mupit.

para pelverie



Responsável: ROSALVI DAVID SOUZA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/10/2020 10:28:29

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101410282947600000011831495

Número do documento: 20101410282947600000011831495

Num. 12506728 - Pág. 46