

12 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13067502 - CONTESTAÇÃO
 - 13067529 - CONTESTAÇÃO (2761486 CONTESTACAO 01)
 - 13067534 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13067538 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13067539 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13067541 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

13067529 - CONTESTAÇÃO (2761486 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/11/2020 09:50:26

downloadBinario.seam 1 / 9

2761486- C3/ 2020-03979/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

PT 09:50 12/11/2020



Número: **0801333-22.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**

Última distribuição : **08/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		BENOAR FRANCISCO DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13067534	12/11/2020 09:50	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180509794**

Vítima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509794**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01215/01216 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13557957



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Sinistro: **3180509794**
Vítima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180509794** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00163/00164 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13641749





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

079.303.543 -00

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF titular da conta

079.303.543-00

Profissão

MECANICO

Endereço

RUA - JOÃO NUNES

Número

346

Complemento

-

Bairro

RODAGEM DE P. COP

Cidade

OEIRAS

Estado

PIAUI

Cep

64.500-000

E-mail

Telefone (DDD)

89-99931-8109

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

NR

AGÊNCIA

NR

CONTA

NR

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

AGÊNCIA

NR

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

CONTA

NR

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

OEIRAS 27 de AGOSTO de 2018
Assinatura e Data

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF 001 V001/2017

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT





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: 079.303.543-00 Nome completo da vítima: +TALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: +TALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA CPF: 079.303.543-00
Profissão: MECÂNICO Rua - JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: -
Bairro: RODAGEM DE PIÇÓ Cidade: ODESSA Estado: PARAÍBA CEP: 64500-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-99431-8109

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECURSO 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 (141)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (nosso banco)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste do Brasil
AGÊNCIA: 0037-1 CONTA: 37644-4

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 o valor, desde já e somente após a efetivação do crédito, ou a totalidade 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 do 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

EX CORRETOR DE SEGUROS

DPVAT

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), informe o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, ODESSA - PI

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180509794
Nome do(a) Examinado(a): Italo Leonardo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Joao Nunes, 346
Rodagem de Picos Oeiras PI CEP: 64500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4.183.133
Data local do acidente: [22/07/2018]
Data local do exame: [01/12/2018] Floriano [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER, JÁ RETIRADO, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2018 - 20:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO NUNES, Nº 346

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9431-8109

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	Outros	2017	PIQ0269	9C2KC2210HR502410	1103477096	Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o noticiante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fatídico acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popular levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde fora submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.

Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1094739
AGENTE DE POLÍCIA

Italo Leonardo Ferreira da Silva
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Joãoilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223-7





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

2

Delegado de Polícia
Wilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat 271 223-7

Flávio Leonardo Ferreira
da Silva





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Carlos Eduardo Meneses De Andrade

Data/Hora: 28/08/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

LOCALIDADE CORRENTINHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2018 - 20:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PI-236

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Mãe: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO NUNES, Nº 346

Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9431-8109

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	Outros	2017	PIO0269	9C2KC2210HR502410	1103477096	Vermelha

Condutor: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

End: RUA JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: BAIRRO RODAGEM DE PICOS

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante comunica que na data e horário citados, estando o mesmo conduzindo a motocicleta com os dados descritos acima, oportunidade em que fazia o deslocamento da localidade Briona, zona rural de Oeiras-PI para a cidade de Oeiras-PI, fazendo o trajeto pela PI-236; QUE ao chegar exatamente na altura da localidade Correntinho, zona rural de Oeiras-PI, o notificante dormiu na condução da motocicleta o que causou o fatídico acidente motociclistico; QUE após a queda, o mesmo foi socorrido por um popular levado à UPA em Oeiras-PI, em seguida encaminhado ao Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde fora submetido a duas intervenções cirúrgicas devido as fraturas expostas e reconstrução dentária; QUE os procedimentos constam no Prontuário de Atendimento Médico Hospitalar.

Carlos Eduardo Meneses De Andrade - Mat. 1084739
AGENTE DE POLÍCIA

Italo Leonardo Ferreira da Silva
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

João A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271223-7





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

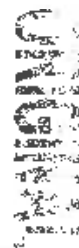


BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001879/2018-11

2

Delegado de Polícia
Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat 271 223-7

Italo Leonardo Ferreira
da Silva





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: 079.303.543-00 Nome completo da vítima: FIALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: FIALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA CPF: 079.303.543-00
Profissão: MECÂNICO DE FUA - JOÃO NUNES Número: 346 Complemento: -
Bairro: RODAGEM DE PIÇÓ Cidade: ODESSA Estado: PARAÍBA
E-mail: _____ Telex: 64500-000
89-99431-8109

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 (141)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (nosso banco)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste do Brasil
AGÊNCIA: 0037-1 CONTA: 37644-4

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, a 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 do 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 do 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 contestação, caso discordar do seu conteúdo.

PARA CORRETOR DE SEGUROS

DPVAT

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), informe o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, ODESSA - PI

Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

FPS.001 V001/2018

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-300
CNPC: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P040528 Registro: 24233
Data: 22/07/2018 Hora: 21:16:00
Funcionário: SILVERIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 73

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183133 - CARTÃO DO SUS
Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão: Civil: CEP: 64500-000
End.: RUA JOAO NUNES, 346 - Bairro: RODAGEM DE Cidade: OEIRAS/PI
Cor: SEM Telefone: () Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA
Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 200583443510009
Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O Temp.: 0°C Peso: CKg P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

459659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCOREAÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES**PRESCRIÇÃO MÉDICA****CONDUTA MÉDICA**

Tramadol 100mg 200mg PO, 5% uma a cada 30 minutos
Curativos e analgesia

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

PICOS (HRGH) 20180722 060037

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS,

OETRAS NOVA, OETRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P040528

Data: 22/07/2018

Funcionário: SILVERIA

Registro: 24233

Hora: 21:16:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 73

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183133 - CASTRO DO SUS

Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão:

Cível:

CEP: 64500-000

End.: RUA JOAO NUNES, 346 -

Bairro: RODAGEM DE

Cidade: OETRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA

Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 200583443510309

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O

Temp.: 0°C

Peso: 60Kg

P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORREÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A = 152/100MMHG SAPO2 = 96% HGT = 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORREÇÕES NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A = 152/100MMHG SAPO2 = 96% HGT = 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CORRETORA
DE SEGUROS

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

30 OUT 2018

DPVAT

PRESCRIÇÃO MEDICA

CONDUTA MEDICA

Tramadol 100mg 100mg PO q 4h, 100mg IV em 30 minutos

Ceftriaxona 1g IV

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

PICO (URG) 20180722060037

*William de Araújo Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011120950258880000012360467

Número do documento: 2011120950258880000012360467

Num. 13067534 - Pág. 13

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Stato Leonardo Ferreira da Silva

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	CO CORRETORA DE SEGUROS	
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	30 OUT 2013	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	DPVAT	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	As 21:30hs Realizando curativo em	
	3º e 4º Quadrantes de Abdome E com	
	uso de SFO 96, realizando higienização	
	deixa exposta, gases intestinais e espalhando	
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
0202010473	GLICEMIA CAPILAR	



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Para:
Nome da Pessoa Encaminhada:	Registro:
Motivo do Encaminhamento:	
Observações:	
Data:	Responsável pelo Encaminhamento:

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
Data:	
Responsável pelo Encaminhamento:	

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

ATUAL - Gráfica e Papelaria - Telefone: (88) 463-1762 - Oeiras - PI



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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000037644-4

Nr. da Autenticação CCC4D738F5FC9D91



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 05.840-740/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.385-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Sineel-1
Sua rede elétrica é alimentada pelo sistema unipolar

Nº da Nota Fiscal: 009229091

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANOEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO NUNES 346 RODAGEM DE PICOS
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 54.770.04.23.057100

SACOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	8294	Atual: 02/08/2018
Anterior:	8083	Anterior: 03/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 04/09/2018
Consumo Medido:	211	Emissão: 01/08/2018
Consumo Faltante:	211	Apresentação: 02/08/2018

Estado de Consumo:	NORMAL	Consumo em Unidade:	30
--------------------	--------	---------------------	----

Classificação	Ligação	Sistema Medidor	Plano	Código Fato	Período 12 meses
---------------	---------	-----------------	-------	-------------	------------------

RESIDENCIAL	MONO	A16144.4		1.1.1.1	244
-------------	------	----------	--	---------	-----

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mes/Ano consumo	
JUL/18 174	CONSUMO 211 A R\$ 0,892699 = 188,35
JUN/18 180	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,57
MAI/18 195	CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00 2,32
ABR/18 233	MULTA POR ATRASO 06/18-00 2,82
MAR/18 237	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00 2,11
FEV/18 262	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,54
JAN/18 262	
DEZ/17 290	
NOV/17 324	
OUT/17 265	

TP: PPA SEM TRIBUTOS:
0 A 211 - 0,664050

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
07/2018	163,79	Última consumação realizada e aprovada no fornecimento de energia elétrica a partir de 17/07/2018. O novo pagamento mensal deverá ser incluído no nome do consumidor na próxima leitura. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta linha.

LIQUE CDDO 036 0300 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7878.0F82.39C9.11A7.A871.5E00.5CFB.4AB8

COMERCIALIZAÇÃO DA CONTA - R\$	IMPACTOS TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 36,39	Imposto de Renda: 188,35
Energia: 69,19	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 10,88	Valor do ICMS: 50,85
Envelhecimento: 11,02	Valor do IPTU: 1,78
Tributação: 60,87	Valor do COFINS: 8,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE
6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54
0,00 0,00 0,00

OEIRAS 06/2018 52,50

ROT: 54.770.04.23.057100

8369000002 4 12170017000 8 00000000330 1 98600818008 5



SEQ.: 00124 UC: 0330986-0 DT. LEIT.: 02/08/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 8294 NORMAL TOTAL: 212,17 CARGA: 002
DT. VENC.: 09/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0342

PJ CORRETO
DE SEGUROS
06 SET 2018
DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.283-5
Nota Fiscal / Condição de Energia Elétrica - Sistema S-1
Regime especial de tributação para o consumidor para SEFAZ UPAIS

Nº da Nota Fiscal: 009229091

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	09/08/2018	211	212,17

MANOEL MESSIAS A DA SILVA
R. JOAO NUNES 346 RODAGEM DE PICOS
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 54.770.04.23.057100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	8294	Atual:	02/08/2018
Anterior:	8083	Anterior:	03/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	04/09/2018
Consumo Atual:	211	Emissão:	01/08/2018
Consumo Faturado:	211	Apresentação:	02/08/2018

Chave/Subchave	Ligação	Número Medidor	Plano	Código Fec.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1614424		1.1.1.1	244

HISTÓRICO DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
JUL/18 174	CONSUMO 211 A R\$ 0,892699 = 188,35
JUN/18 180	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,57
MAI/18 195	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 2,32
ABR/18 233	MULTA POR ATRASO 06/18-00 2,62
MAR/18 237	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00 2,11
FEV/18 262	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,54
JAN/18 262	
DEZ/17 290	
NOV/17 324	
OUT/17 265	

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
07/2018	163,79	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17/08/2018. O não pagamento por 05 dias consecutivos suspende a inclusão do nome do consumidor na dívida. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar a 17/8/18.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 36,39	Base de Cálculo: 188,35
Energia: 59,19	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 10,88	Valor do ICMS: 50,85
Encargos: 11,02	Valor do PIS: 1,78
Tributos: 60,87	Valor do COFINS: 8,24

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA							
Atual	12 meses	6 meses	3 meses	15 dias	7 dias	3 dias	1 dia
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	0,00
0,00			0,00			0,00	

DETRAS 06/2018 52,50

ROT: 54.770.04.23.057100

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.283-5

SEU CÓDIGO
0330986-0

TOTAL A PAGAR - R\$
212,17

MÊS FATURADO
08/2018

VENCIMENTO
09/08/2018

Nº da Nota Fiscal: 009229091 FCAM

83690000002 4 12170017000 8 00000000330 1 98600818008 5



SEQ.: 00124 UC: 0330986-0 DT. LEIT.: 02/08/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 8294 NORMAL TOTAL: 212,17 CARGA: 002
DT. VENC.: 09/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 0322

FJ CORPETO
DE SEGUROS
06 SET 2018
DPVAT



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECWEB/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**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RAYNER MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400-283/42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Italo Leonardo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400-283/42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.303.543/00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUSO 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		Número	Complemento
AV: Dom. EXPEDITO LOPES		291	—
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JUREMUNGU	OEIRAS	PIAUI	64.500-000
País	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
—	—	88-99408-3583	

OEIRAS de 27 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rayner Martins Silva
Assinatura do Declarante



CLDRI_001_V001/2017



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu RAYNER MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400-283/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400-283/42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.303.543/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECUSO 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>AV. Dom. EXPEDITO LOPES</u>		Número: <u>291</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>JUREMINTA</u>	Cidade: <u>DEI RAS</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>	CEP: <u>64.500.000</u>
Telefone comercial (DDD): <u>—</u>		Telefone celular (DDD): <u>89-99408-3583</u>	

Dei Rás 27 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Rayner Martins Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA,

RG nº 2.260.905, data de expedição 07/05/18,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 998.658.153-20, com domicílio na cidade de OCURIA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua - João Vinícius Romão de Sá, nº 346,

complemento - / -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Veículo: PIU - MOTOCICLO,

Modelo: HONDA - CG-160 - TITAN - EX

Ano: 2016

Placa: PIU-0269

Chassi: 9C2K22210HR502410

Data do Acidente: 22-07-2018

Local e Data: PI, Estrada que liga Ocuria à Santa Cruz do Piauí, no Município de Ocuria - PI - 22/07/18

Francisca Vitória Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

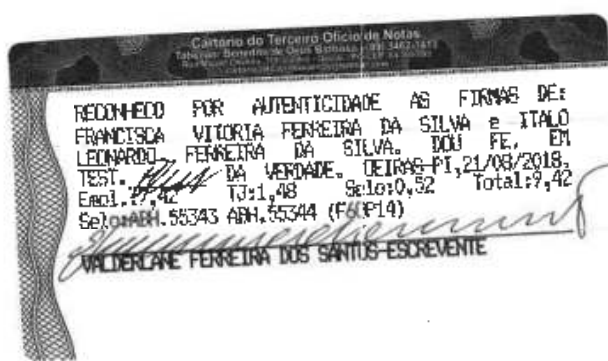
Italo Leonardo Ferreira da Silva

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



POR AUTENTICIDADE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA,

RG nº 2.260.985, data de expedição 07/05/18,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 998.658.153-20, com

domicílio na cidade de DEIAS, no Estado de

PIAUÍ, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA - JOÃO VINÍCIUS ROMBERG DE ALMEIDA, nº 346

complemento — / —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA cujo o condutor era

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Veículo: PIA - MOTOCICLETA

Modelo: HONDA - CG-160 - TITAN - EX

Ano: 2016

Placa: PIA-0269

Chassi: 9C2KC2210HR502410

Data do Acidente: 22-07-2018

Local e Data: PI, ESTRADA QUE LIGA DEIAS A SANTA

CRUZ DO PIAUÍ, NO MUNICÍPIO DE DEIAS-PIAUÍ-22/07/18

Francisca Vitoria Ferreira da Silva.

Assinatura do Declarante

ITALO ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

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

PJ CORRETOA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



POR AUTENTICAÇÃO





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FOTONHO FREITAS,

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P040528

Registro: 24233

Data: 22/07/2018

Hora: 21:16:00

Funcionário: SILVERIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 73

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00 - RG: 4.183133 - CARTÃO DO SUS

Nasc.: 24/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES, 29 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64500-000

End.: RUA JOAO NUNES, 346 -

Bairro: RODAGEM DE

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 20C583443510069

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - O

Temp.: 0°C

Peso: 65Kg

P.A.: 0

Procedimentos

22/07/2018 21:16 0301060118 ACOHMTMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

22/07/2018 21:24 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORRIMENTOS NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

22/07/2018 21:24:22

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR FAMILIARES, SEM IMOBILIZAÇÕES, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM CARRO), APRESENTA CORTE EM REGIÃO MENTONIANA, ESCORRIMENTOS NO CORPO, INDÍCIOS DE FRATURA EXPOSTA EM 3° E 4° QUIRODACTILOS ESQUERDOS, SOB EFEITO DE BEBIDA ALCOOLICA, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. P.A= 152/100MMHG SAPO2= 96% HGT= 152MG/DL

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CONDUTA MÉDICA

Tranquele 100mg + 200mg PO, 4x em 30 minutos
Carbamazepina 1 cápsula

Data: 22/07/2018 Hora: 21:25:03

PICOS (HRGH) 20180722 060037

*Victor Jr Araújo Santos

Responsável: ITALO LEONARDO FERREIRA DA

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA




PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Stato Leonardo Ferreira da Silva

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/06/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
As 21:30hs Realizando curativo com 35 e 4º Quilonetils de base E com 20cc de S.O. 96, Redução de diurese segua oxigenada com 24l/min e espalhado		
N	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
O	0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
I	0301100071 CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
T	0301100063 CUIDADOS COM ESTOMAS	
E	0309010101 SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179 SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047 NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071 NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473 GLICEMIA CAPILAR	



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Da Unidade:	Para:
Nome da Pessoa Encaminhada:	Registro:
Motivo do Encaminhamento:	
Observações:	
Data	Responsável pelo Encaminhamento

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações: 	
Date	Responsável pelo Encaminhamento OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OIRAS – PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: _____/_____/_____

Paciente:

Leito:

DN:

1111

[illegible]

Hospital Regional Decolinda Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069
Data: 23/07/2018
Funcionário: REMEDIOS

Registro: 374866
Hora: 00:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Vasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES

End.: PROJETADA, 13 - CASA 06

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9466-7212

Clínica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____:____

☐ Internação

Fratura exposta em 3^a e 4^a falange distal
de mão esquerda

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Soluto RX de Mão Esquerda
- AO ORTOPEDISTA

Paciente apresentando após estudo radiográfico fratura
exposta de 4^{os} met. (P)

cd: fratura exposta
Mão e Analgico
Ortopedia

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:44:52

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

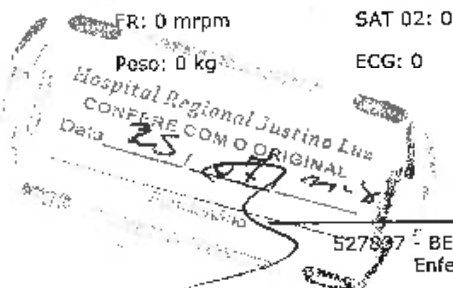
TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: NDN

Conduta: AO CLÍNICO



Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

Hora: _____

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Paciente ou Responsável

6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
Médico Responsável





Sistema
Ministério
Único de
da Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200583443510009

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/03/1999

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

374866

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9466-7212

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

12 - ENDEREÇO

PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIGOS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64600-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Paciente vítima de acidente envolvendo carro frente de 400 m
(3) Exposita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Avaliação + Estudo radiográfico + Exame físico

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

Rx exposta dos membros

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exposta de 4 membros

21 - CID PRINCIPAL

S02.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de 4 membros

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040802034

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Estadia Urgência

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

037.953.883-09

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Gustavo Felix

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/07/2018

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

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M220900001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

DESEMPREGADO
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

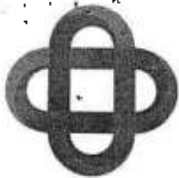
Assinatura paciente/Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011120950258880000012360467>

Número do documento: 2011120950258880000012360467



FEPISERH
Fundação Estatal Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Flávio Leonardo Ferreira Silva	SEXO	M	APT		LEITO	
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO		DATA		HORA	

DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO

Fratura exposta da 1ª metacarpiana

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	25/07/2020	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	LIMC + Fixação Cirúrgica + Sutura				
TIPO DE CIRURGIA REALIZADA:	<input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO				
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA					

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

(1) Acesso em DDP sob anestesia local
(2) Anestesia e Antiseptia
(3) LIMC extensiva de 1cm futurário + fixação de fratura e fixo K 20
(4) Hemostasia e Sutura
(5) Curativo estéril
(6) Encurtamento do dedo com intercominicação

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
QUAIS?		Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO	<input type="checkbox"/> ORTESE/TIPO
-------------------	---	--------------------------------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		CREMES

CIRURGIÃO	Dr. Gustavo Félix	CREMES	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	Dr. Flávio Hernandes	CREMES	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMES	ASSINATURA

Dr. Gustavo Félix





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OBRAS – PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Date: 22/07/18

Paciente: Thales Leonardo Pereira da Silva Leão

Leito:

DN: 2611 031 4999

[illegible]

10/10/2020
 10/10/2020
 10/10/2020

Hospital Regional Deolinda Couto - H.R.D.C. - Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71





SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DO PIAUÍ
CORRETORIA DE SEGUROS
06 SET 2018

DPVAT



NOME: <u>Italo Leonardo Fereira do Amaral</u>	ALAC: <u>2.1</u>	APTO	LEITO: <u>97</u>	R. MET.
ID: <u>4000</u>	HISTÓRICO DE MEDICINA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: <u>24/07/2018</u>	HORAÇÃO DE MEDICINA			
1. DIETA LIVRE	OBSERVAÇÕES			
2. JEICO SALINIZADO	OBSERVAÇÕES			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG	OBSERVAÇÕES			
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h SN	OBSERVAÇÕES			
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	OBSERVAÇÕES			
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N	OBSERVAÇÕES			
7. CCGG+SSVV	OBSERVAÇÕES			
8. Difenidramina 40mg	OBSERVAÇÕES			
9. Clonitazepam 1mg	OBSERVAÇÕES			
10. Soro de V. de 100	OBSERVAÇÕES			
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/11/2020 09:50:26				
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209502588800000012360467				
Número do documento: 20111209502588800000012360467				



NOME: <u>Italo Leonardo</u>		ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>Dr. Siqueira M</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>28/07/18</u>		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
1. DIETA <u>Leve</u>					
2. JEICO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS					
4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS					
5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG E/OU PAD MAIOR 110 MMHG					
6-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N					
7-TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N					
8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N					
9-CEFAIOTINA 1G + AD IV 6/6H					
10-TRISOTERAPIA MOTORIA					
11-HEPARINA 5000U-SC 8/8H					
12-CCGG + SSVV					

Dr. Mace
Adm

RX OK

621-97

Hospital Regional Juscelino Kubitschek
CONFERE COMO ORIGINAL
Data 28/07/18
Fonema
Enfermeiro Ednan Soares Coutinho
FOREN-PI 4450587



FEPISERH
Fundação Especial Piauiense
de Serviços Hospitalares



Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

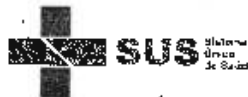
PRESCRIÇÃO
MÉDICA

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

PRONTUÁRIO DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	CLÍNICA QUANT.	ENFER. OU APT		LEITO	MÉICO ASSISTENTE	
			APT	H6RARO		RELATORIO DE INFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
23/09/20	Dr. exposto para não B				21-57		
23/09/20	1) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	2) 200ml DI, 1/2410						
23/09/20	3) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	4) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	5) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	6) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	7) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	8) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	9) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	10) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	11) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	12) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	13) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	14) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	15) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	16) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	17) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	18) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	19) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	20) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	21) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	22) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	23) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	24) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	25) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	26) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	27) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	28) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	29) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	30) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	31) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	32) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	33) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	34) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	35) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	36) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	37) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	38) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	39) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	40) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	41) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	42) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	43) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	44) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	45) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	46) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	47) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	48) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	49) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	50) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	51) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	52) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	53) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	54) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	55) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	56) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	57) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	58) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	59) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	60) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	61) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	62) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	63) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	64) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	65) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	66) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	67) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	68) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	69) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	70) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	71) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	72) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	73) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	74) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	75) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	76) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	77) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	78) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	79) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	80) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	81) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	82) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	83) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	84) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	85) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	86) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	87) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	88) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	89) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	90) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	91) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	92) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	93) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	94) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	95) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	96) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	97) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	98) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	99) 100ml DI, 1/2410						
23/09/20	100) 100ml DI, 1/2410						



HRJL
Hospital Regional Justino Luz



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

ITALI LEONARDO FERNANDES SILVA

23/7/18

CIRCULANTE <u>Common</u>	SALA Nº _____
ENTRADA NA SOU <u>10:05</u>	INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:10</u>
SAÍDA DA SO <u>4:30</u>	INÍCIO DA CIRURGIA <u>10:15</u>
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Milelariotomia com CO 2 e Riscagem</u>	TERMINO DA ANESTESIA <u>4:30</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>4</u>	TERMINO DA CIRURGIA <u>4:30</u>
CIRURGIÃO <u>6257400</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>1120</u>
ASSISTENTES: 1º _____	INSTRUMENTADOR _____
CRM _____	CRM _____

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELETRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO <u>98%</u> FC <u>91</u>	
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO <u>99%</u> FC <u>84</u>	

TIPO DE ANESTESIA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE FLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMUL PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (N+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> GERAL LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/> SEDACÃO - LOCAL <input type="checkbox"/> TOPICA
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDACÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE FLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MASCARAS ORINGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____

<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____	<input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MASCARAS ORINGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____
---	--	---

POSIÇÃO INTRA-OPERATORIA	<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	<input type="checkbox"/> TRENDELEMBURG <input type="checkbox"/> OUTRAS _____
---------------------------------	---	--	---	--	---

PREPARO DA PELE	<input type="checkbox"/> DEGERMANÇÃO <input type="checkbox"/> ANTI-SEPSIA <input type="checkbox"/> REALIZADA POR _____	<input type="checkbox"/> PVFI DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> PVFI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO-HEXIDINA <input checked="" type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	<input type="checkbox"/> PVP: TÓPICO
------------------------	--	---	--	--------------------------------------

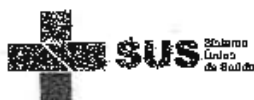
PROCEDIMENTO REALIZADOS	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA _____	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> OUTROS _____
--------------------------------	---	--	---

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA _____ UNID	<input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR _____ UNID <input type="checkbox"/> SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____
--	---	--	--

GARROTEAMENTO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID <input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA	<input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
TIPO _____ LOCALIZAÇÃO _____ TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____		

SERVIÇOS SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> LOCAL _____ <input type="checkbox"/> N DE FRASCOS _____ <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
-----------------------------	---	---

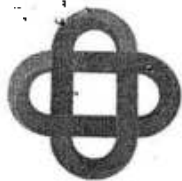




Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS		NOME				
Data	# Identif.	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematócrito	Hemoglobina	Hemácrito	Glicemia	Dos. Urina
Exames de Urina						
Digestivo						
Respiração						
Sistema Reprodutivo						
Sistema Digestivo						
Estado						
Diagnóstico						
Pré-Operatório						
Pré-Medicação						
Medicamentos						
Total e Doses						
Agente Anestésico	Chargado					Sequência
Líquidos	Soluções 500					
	400					
	Sangue					
	200					
	200					
	outras 100					
Temperatura	30					
	250					
Pulso	36					
	100					
Início e Fim Anestesia	34					
	140					
Início e Fim Operação	32					
	130					
Respiração	30					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
Símbolos		Data				Duração
Técnicas:						Condições pós-oper. imediatas
Operações:						
Cirurgias:						
Anestésico:						



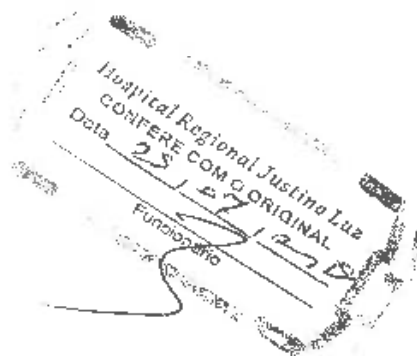


FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA 23/7/18	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML / 10 ML						
SERINGA 20 ML						
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12				012		
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI				100/100	ML	200
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE				2		2
ATADURA COM CREPOM				02		02
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA				20	ml	20
PROPOFOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA				2	g	2
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON				20		20
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE				10	PCT	10
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI				15/24	1/2	3
LUVA ESTÉRIL				4	1m	4
LUVA DE PROCEDIMENTO				4	PAC	4
SORO FISIOLÓGICO 0,9%				05		05
SORO GLICOSADO 5%				05		05
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUDO ORÓTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
EQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TENOXICAM						
				APARELHAGEM		
				ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>		
				BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>		
				ASPIRADOR <input type="checkbox"/>		
				AUTOCLAVE <input type="checkbox"/>		
				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>		
				ULTRASSON <input type="checkbox"/>		
				STIMUPLEX <input type="checkbox"/>		
				USO DA SALA		
				INÍCIO 03:15	TÉRMINO 4:30	DURAÇÃO 1h15m
				OPERAÇÃO <u>ESFEROSSINTOMAS 4- PEPD (G)</u>		
				CIRURGIÃO <u>E-S CAUS</u>		
				AUXILIAR		
				ANESTESISTA <u>NÃO</u>		
				TIPO DE ANESTESIA <u>100ml</u>		
				INSTRUMENTADOR		
				OCORRÊNCIAS		



MÉDICO: Justino
ENFERMEIRA (O): Justino
TÉC. ENFER.: Justino





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COITO - OZEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/07/18 HORA: / / Nº DO TELEFONE: / /

HOSPITAL SOLICITANTE: UPA OZEIRAS MUNICÍPIO: OZEIRAS

MÉDICO: Dr. J. J. J. CRM: 7500

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João Leonardo Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Ferimento na face com acidente automobilístico com fratura exposta -
fratura 3ª e 4ª mandíbulas expostas.
Solicita avaliação/condução ortopédica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T ax: °C F: 36 bpm R: mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- (X) Hidratação Venenosa 0,9% NaCl
- () Aspiração
- (X) Medicação Analgésica
- () Curativo
- () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

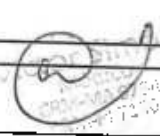
HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HRGL C Picos

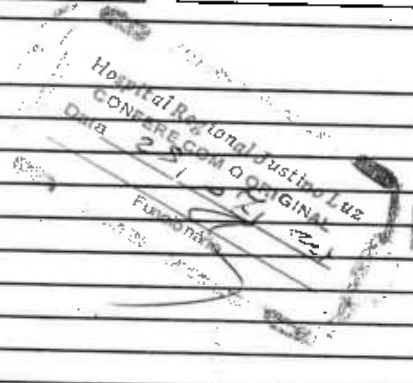
Clínica / Posto: Trauma / Ortopedia Senha: 2018 0722 066037



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UPA Seixas</u>	Para: <u>HPTJ Cereais</u>
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>Italo Leonardo Pereira da Silva</u>	Registro
Motivo do Encaminhamento: <u>Doença crônica de valvulopatia mitral com fúrcula</u> <u>exposta em 3º e 4º quadrantes expostos.</u> <u>Soluto avaliação / condução ortopédica</u>	
Observações: <u>Sintra: 20180722066037</u>	
<u>22/07/18</u> Data	 Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
	
<u> / / </u> Data	Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.	





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0554069
Data: 23/07/2018
Funcionário: REMEDIOS

Registro: 374866
Hora: 00:39:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

Vasc.: 23/03/1999 Idade: 19 ANOS, 4 MESES

End.: PROJETADA, 13 - CASA 06

Cor: PARDA Telefone: (89) 9466-7212

Profissão:

Bairro: EXPOSIÇÃO

Civil:

Cidade: PICOS/PI

CPF: 079.303.513-00 - RG: 4.183.133 - SUS: 200583/113510009

CEP: 64600-000

Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA Pai: CARLOS JOSE DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

3301060118 ACOINHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

3301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: 00:44:52

☐ Internação

Fratura exposta em 3^a e 4^a quinta-dedo
da mão esquerda

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Soluto R x de Mão Esquerda
AO ORTOREDEISTA

Paciente apresentando após trauma mecanismo fratura
exposta de 4^{os} e 5^{os} dedos.

cd: fratura exposta
mão esquerda
ortopedias

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Alergias: NDN

Medicação Usual: NDN

PA: 120/80 mmHg

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Observação: NDN

Conduta: AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Paciente ou Responsável

6929 - GUILHERME OLIVEIRA SANTOS
Médico Responsável





- RAIO-X DIGITAL
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- ELETROENCEFALOGRAMA
- TOMOGRAFIA HELICOIDAL COMPUTADORIZADA
- CONSULTAS: NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / ORTOPEDIA

Nome: Italo Leonardo Ferreira da Silva

Número: 1149

Data Exame: 15/10/2018

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

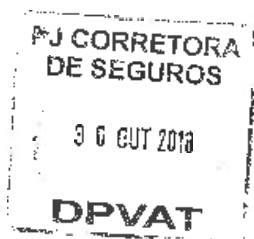
RELATÓRIO

O estudo radiológico da mão, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo.
- Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Redução difusa da densidade óssea do 4º quirodáctilo.
2. Fraturas na diáfise média e extremidade distal da falange proximal e na extremidade proximal da falange distal do 4º quirodáctilo.




Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

SID • Av. Totonho Freitas, Nº 240, Oeiras-PI - CEP: 64500-000 / Hosp. Maternidade Bom Jesus dos Passos
Telefones: (89) 3462-4441 / 3462-4098 / CNPJ: 09.294.123/0001-57



Atendimento:	1052484
Data:	23/07/2018
Hora:	0:39

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

Nº AIH
KLEBIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

374866 - ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 23/03/1999 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS,4 MESES

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/97 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF:079.303.543-00 RG: 4.183.133 CNS:200583443510009 SIS Prenatal:

Endereço: PROJETADA, N° 13 - CEP: 64600-000 Bairro: EXPOSICAO

Cidade: 2208007- PICOS/PI Profissão: ESTUDANTE Telefone: (89) 9466-7212

Pa: CARLOS JOSE DA SILVA Mãe: FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

Responsavel: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA - (89) 9411-4770 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

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

Transferido

História Clínica

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 SET 2018
DPVAT

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES
4009622

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
374866

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
200583443510009

8 - DATA DE NASCIMENTO
23/03/1999

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 ☐ 2

03

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA VITORIA FERREIRA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9466-7212

12 - ENDEREÇO

PROJETADA, 13 - EXPOSIÇÃO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PICOS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2208007

15 - UF

PI

16 - CEP

64800-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

→ Paciente vítima de acidente envolvendo carro fratura de 4º do max
(Exposto)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Avaliação + Estudo radiográfico + Exame físico

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

Ex exposto do max

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex exposto do max

21 - CID PRINCIPAL

S62.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese de 4º do max

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040802034

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Exposta

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

037.953.883-09

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Gustavo Felix

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/07/2018

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

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

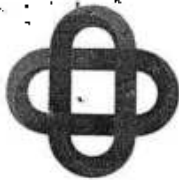
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT

Assinatura paciente/Responsável





FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Flavio Leonardo Ferreira Silva	SEXO	M	APT		LEITO	
PRONTUÁRIO		CONVÊNIO		DATA		HORA	

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Fratura exposta 1º do metacarpo

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA	25/07/2020	INÍCIO DA CIRURGIA		FIM DA CIRURGIA	
------	------------	--------------------	--	-----------------	--

CIRURGIA PROPOSTA	LIMC + Fixação com placa e parafusos	CIRURGIA REALIZADA	
-------------------	--------------------------------------	--------------------	--

TIPO DE CIRURGIA REALIZADA:	<input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA	

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

- 1) Acesso em DDP sob anestesia local
- 2) Insuflação de ar
- 3) LIMC extensiva de 1º do metacarpo: (exposição de fratura e fixação com 20
- 4) Hemostasia e sutura
- 5) Curativo eclusivo
- 6) Encaminhado ao leito com observação

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 8111

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
----------------	--	---------------------	--

QUAIS?		Nº DE PEÇAS:		LOCALIZAÇÃO	
--------	--	--------------	--	-------------	--

MATERIAL ESPECIAL	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO
-------------------	---	--------------------------------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
-------------------	------------	---------

ANESTESISTA	CREMES
-------------	--------

CIRURGIA	CREMES	ASSINATURA
1ª CIRURGIA AUXILIAR	CREMES	ASSINATURA
2ª CIRURGIA AUXILIAR	CREMES	ASSINATURA

Dr. Gustavo Félix





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

[illegible]

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

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

ITALO LEONARDO FERNANDES SILVA

23/7/18

CIRCULANTE <u>Common</u>	SALA Nº _____	
ENTRADA NA SOF 1: <u>05</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>05:10</u>	INÍCIO DA CIRURGIA: <u>05:15</u>
SAÍDA DA SOF: <u>4:35</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA: _____	TÉRMINO DA CIRURGIA: <u>4:35</u>
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Distúrbio de Coarctação da Aorta com RLSCHANNEN 4-QRO (C)</u>		
CIRURGIÃO: <u>Leitavo</u>	ANESTESIOLOGISTA: <u>UAG</u>	INSTRUMENTADOR: _____
ASSISTENTES: 1º _____	CRM: _____	2º _____ CRM: _____

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	<input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI ELÉTRICO <input type="checkbox"/> ELÉTODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO <input type="checkbox"/> PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO <u>98%</u> FC <u>91</u> SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA _____ SATO <u>99%</u> FC <u>89</u>	

TIPO DE ANESTESIA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDACÃO <input type="checkbox"/> SEDACÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA
--------------------------	--	---

<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ <input type="checkbox"/> COM CUFF <input type="checkbox"/> SEM CUFF	<input type="checkbox"/> MÁSCARA BÍNGEA Nº _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____
---	---

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	<input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA <input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER <input type="checkbox"/> TRENOLEMBURG
---------------------------------	--	---

PREPARO DA PELE	<input type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input checked="" type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> SOLUÇÃO DE IODO HEXIDINA <input checked="" type="checkbox"/> CLOREXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM
------------------------	---	---

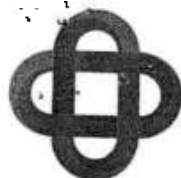
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl <input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____
---------------------------------	--

<input type="checkbox"/> SONDA URETRAL Nº _____ <input type="checkbox"/> SONDA FOLEY Nº _____	<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA <input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> UNID _____	<input type="checkbox"/> AP BARBEAR <input type="checkbox"/> SNG Nº _____ <input type="checkbox"/> Sonda de ASPIRAÇÃO Nº _____ <input type="checkbox"/> JELCO Nº _____
--	---	---

GARROTEAMENTO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UNID _____ <input type="checkbox"/> GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
TIPO _____ LOCALIZAÇÃO _____ TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____	<input type="checkbox"/> BRAÇO <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO <input type="checkbox"/> COXA <input type="checkbox"/> PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM <input type="checkbox"/> OUTROS _____ LOCAL _____ N DE FRASCOS _____ NÃO SE APLICA
-----------------------------	--





FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

HRJL
Hospital Regional Justino Luz

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
				23/7/18		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML / 10 ML				BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	012			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI	40/100	ML	200	INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				03:15	4:30	1h15m
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO		
ESCOVA COM DEGERMANTE	2		2	CIRURGIÃO		
ATADURA COM CREPOM	02		02	AUXILIAR		
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA		
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA		
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF				OCORRÊNCIAS		
NEOCAÍNA PESADA				CORRETORES DE SEGUROS		
LIDOCAÍNA	20	ml	20	CUT-2012		
PROPOFOL				Hospital Regional Justino Luz		
MIDAZOLAN				CONTERE COM O ORIGINAL		
DIAZEPAN				Data 25/07/18		
TIOPENTAL				Funcionário		
EFORTIL				F. 1270		
DIPIRONA				F. 1270		
CEFAZOLINA	2	g	2	F. 1270		
FENTANIL				F. 1270		
FLUMAZENIL				F. 1270		
PLASIL				F. 1270		
VITAMINA K				F. 1270		
VITAMINA A				F. 1270		
OCITOCINA				F. 1270		
METHERGIN				F. 1270		
CAT-GUT SIMPLES				F. 1270		
CAT-GUT CROMADO				F. 1270		
FIO DE ALGODÃO				F. 1270		
NYLON	20		20	F. 1270		
VYCRIL				F. 1270		
PROLENE				F. 1270		
CLAMP UBILICAL				F. 1270		
PULSEIRA RN				F. 1270		
GAZE	10	PCT	10	F. 1270		
ESPARADRAPO				F. 1270		
LÂMINA DE BISTURI	15/24	1/2	3	F. 1270		
LUVA ESTÉRIL		1m	4	F. 1270		
LUVA DE PROCEDIMENTO		PAC	4	F. 1270		
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	05		05	F. 1270		
SORO GLICOSADO 5%	01		01	F. 1270		
MANITOL				F. 1270		
RINGER LACTADO				F. 1270		
JELCO				F. 1270		
TUDO OROTRAQUEAL				F. 1270		
AGULHA STIMUPLEX				F. 1270		
EQUIPO				F. 1270		
AGULHA DE RAQUE				F. 1270		
TENOXICAM				F. 1270		

MÉDICO: Justino
ENFERMEIRA (O): Justino
TÉC. ENFER.: Justino





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIRETORIA DE UNIDADE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OZEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/07/20 HORA: / / Nº DO TELEFONE:

HOSPITAL SOLICITANTE: HRA OZEIRAS MUNICIPIO: OZEIRAS

MÉDICO: Dr. J. J. J. CRM: 71000

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Paulo Leonardo Ferreira da Silva

Idade: 19 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA: Acidente motorcyclístico com fratura exposta
3ª e 4ª metacarpais esquerdas
Solente, avaliado / conduta ortopédica

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T ax: °C P: 90 bpm R: mm PA: 120/80 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- (X) Hidratação Venosa
- () Aspiração
- (X) Medicação
- () Curativo
- () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)


HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HR J. C. PICO

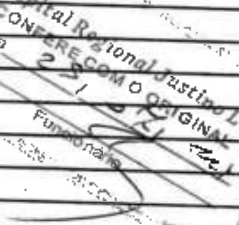
Clinica / Posto: Ortopedia Senha: 20180722066037



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>upa Senões</u>	Para: <u>HIGH CREUS</u>
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>Fabio Vitorino Pereira da Silva</u>	Registro: _____
Motivo do Encaminhamento: <u>Demora retorno de vacante motorbista com fratura</u> <u>exposta em 3^a e 4^a quadrantes expostos.</u> <u>Soluto avaliação / conduta ortopédica</u>	
Observações: <u>Sintra: 20120 722 066 037</u>	
<u>22/07/18</u> Data	 Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade: _____	Para: _____
Nome do Cliente: _____	Registro Original: _____
Diagnóstico e Orientações: <div style="text-align: center;">PI CORRETORA DE SEGUROS E C OUT 2018 DPVAT</div>	
<u>22/07/18</u> Data	 Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.	





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OELRAS - PIAUÍ



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 22.07.18

Paciente: Helder de Almeida Leito: 241 0314199

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

23.07.18 Paciente encaminhado para
unidade de cuidados paliativos e HC PL em
Teresina - PI para acompanhamento e
cuidados de enfermagem com conduta de
falecimento. 23.07.18

Assinado eletronicamente por:
EDNAN SOARES COUTINHO
Coordenador de Enfermagem



Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

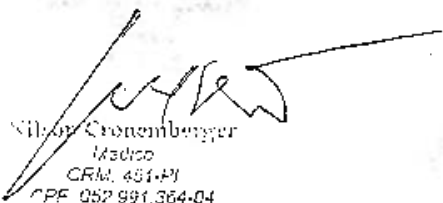


RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E QUEM POSSA INTERESSAR QUE O PACIENTE, **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/07/2018, APRESENTANDO FRATURA COMUNITIVA NA MÃO ESQUERDA, TRAUMA COM FERIMENTO PROFUNDO NO CALCANEIO E JOELHO E ESQUERDO, FEITO ANALGESSICO, ANTIINFLAMATÓRIO, SUTURA, CIRURGIA PARA FIXAR PINOS NA MÃO ESQUERDA, EXAMES E FISIOTERAPIA, FOI EXAMINADA POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 50% NO MEMBRO AFETADO (MÃO ESQUERDA) E 30% NO (M.I.E), SEQUELADO.

DATA DA ALTA, 08/11/2018.

OEIRAS, 08 DE NOVEMBRO DE 2018.



Nilson Cronemberger
Médico
CRM: 451-PI
CPF: 052.991.364-04

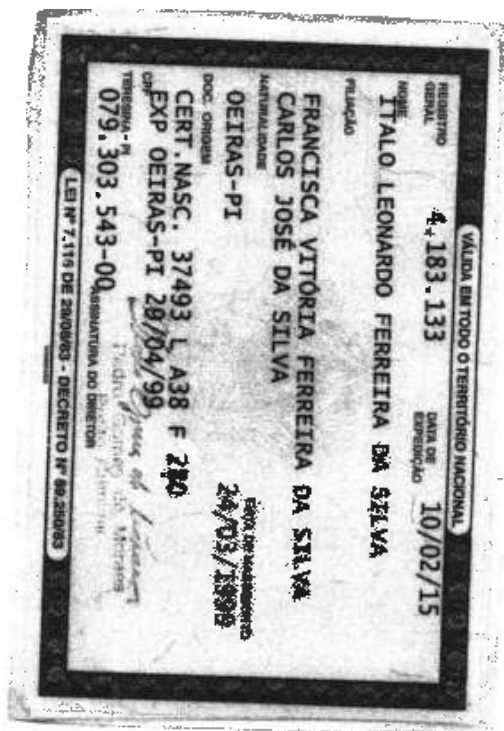
DR: NILSON CRONEMBERGER



Hospital Regional Deolindo Couto - Oeiras - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586
3462-1213 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013 - 71

Scanned by CamScanner





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AUTORIDADE NACIONAL DE HABILITACAO

PI

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1554733950

PROIBIDA PLASTIFICACAO
1554733950

RANTAN MARTINS SILVA

DOC. IDENTIFICACAO/CPF/ENFERMAGEM
3164096 SER PT

CPF
048.400.283-42

DATA DE NASCIMENTO
18/10/1990

PLACAO
JOSE DE RIBEIRAO
SANTOS SILVA
EDILEUZA MARINHO
MARTINS SILVA

PERMITECO
00000000000000000000

ACESSO
00000000000000000000

CATEGORIA
A2

Nº REGISTRO
05842045485

VALIDADE
02/01/2023

Nº HABILITACAO
31/07/2013

Rantana Martins Silva

DATA DE EMISSAO
11/01/2018

14180954844
232010857032

PIAUI

BJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170105057 Nº 013029004669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1103477096 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
FRANCISCA VITÓRIA FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 99865815320 PLACA PI0-0269

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KC2210HR502410

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

CAP / POT / CIL 002P/162CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
R/DOM PICOS MOTOS P E SERVICOS

LOCA DEIRAS DATA 2/10/2017
ARACI MARTINS DE REGO LIMA
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013029004669 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 2/10/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 99865815320 PLACA PI0-0269

RENAVAM 1103477096 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB. 2016 CAT. TAXE 09 Nº CHASSI 9C2KC2210HR502410

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 28/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.808/0001-04

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509794 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º E DO 4º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, CICATRIZ COM 2,5 CM NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, CICATRIZ COM 6,0 CM NO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, REGIÃO LATERAL, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO LATERAL DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, E RIGIDEZ ARTICULAR NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:
 Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: RG - 4.183.433 - SSP-PE
 CPF: 079.303.543-00
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: RUA - SÃO NUNO - Nº 346 - BOA VISTA DE PÉIX
 CEP: 64-500-000 - OETAJ - PIAUÍ
 Telefone: (99) 99431-8109

OUTORGADO: RANIERE MARTINS SILVA
Nome: _____
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096-SSP-RJ
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. DR. EXPEDITO LOPES 241 - JERONIMETA
CEP: 64500-000 - OLIMP - PIRACI
Telefone: (84) 994408-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA M. SILVA

3º Oficio

Devdas H, 21/08/2018

Local e data

**RECORRECTOR
DE SEGUROS**

~~06~~ SET 2018

DPVAT

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO
LEONARDO FERREIRA DA SILVA. DUU PE. EM
TEST. DA VERDADE. GEBRAS-PT, 21/08/2018.
Evol: 33,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71
Selo: 498,55342 (760014)

VALTERLANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE

Assinatura por autenticidade/verdadeiro)

2. AUTENTICITY



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 4.183.133 - SSP-PJ
CPF: 079.303.543-00
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Rua João Nogueira - N° 346 - Rodagem de Piau
CEP: 64-500-000 - Oeiras - PIAU
Telefone: (99) 99471-8109

OUTORGADO:

Nome: RIVIERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096 - SSP-PJ
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: Av. Dom Expedito Lopes 241 - JERONIMETA
CEP: 64500-000 - Oeiras - PIAU
Telefone: (99) 99408-3583

Peio presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

3º Ofício

Oeiras - PI - 21/08/2018

Local e data

Italo Leonardo Ferreira da Silva

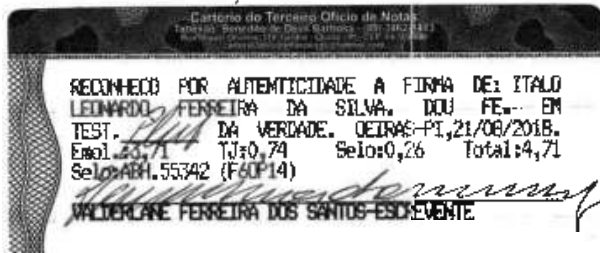
Assinatura do OUTORGANTE

(Assinatura por autenticidade/verdadeiro)

PJ-CORRETORA
DE SEGUROS

06 SET 2018

DPVAT



RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA, DOU FE-- EM TEST. DA VERDADE. Oeiras-PI, 21/08/2018. Emol. 23,71 TJ: 0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71 Selo ABH 55342 (F60P14)

WALTER LANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVÃO



2 AUTENTICIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396005/18

Número do Sinistro: 3180509794

Vítima: ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 079.303.543-00

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2018

Titular do CPF: ITALO LEONARDO
FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 20/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180509794**

Vitima: **ITALO LEONARDO FERREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509794**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13549506

Pag. 00495/00496 - carta_01 - INVALIDEZ



00030248

