Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180184894**
Vitima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184894.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Sinistro: **3180184894**
Vítima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA 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 3180184894** 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180184894**
Vitima: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente: **25/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184894**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12925494

A/C: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

Nº Sinistro:	**3180184894**
Vitima:	**FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Data do Acidente:	**25/05/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**
Valor: **R$ 6.750,00**
Banco: **001**
Agência: **000002658-1**
Conta: **000010014569-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**6.750,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R$	**6.750,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

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 entre 16 e 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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	265.885.283-53	Francisco de Sousa Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco de Sousa Rocha	265.885.283.53	Lavrador

Endereço	Número	Complemento
Localidade olho dagua	S/N	

Bairro	Cidade	Estado	CEP
Zona Rural	São Pedro do Piauí	Piauí	64.430-000

Email	Telefone (DDD)
Recusou-se	(86)99981.6008

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

- [x] 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

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [x] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2658	1	14.569	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ORIGINAL

São Pedro do Piauí, 10 de Abril de 2018
Local e Data

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Francisco de Sousa Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

12/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 17.48.54
078879784 0322

OUVIDORIA BB 0800 729 5678
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: ADRIANA CARLA SOUSA SILVA

AGENCIA: 0788-9 CONTA: 15.810-0 VAR:51/01
INFORMACOES DO DEBITO:
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51

VALOR TOTAL
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
AGENCIA: 2658-1 CONTA: 14.569-6
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 222.658.510.014.569

NR. AUTENTICACAO 2.137.7BE.F0C.456.F6E

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA (BO) Nº. 116/2015/OPM DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI

DADOS DO REGISTRO	
DATA DO REGISTRO	HORÁRIO DO REGISTRO
01/08/2015	10H00MIN

DADOS DA OCORRÊNCIA		
LOCAL DO FATO	DATA DO EVENTO	HORÁRIO
POVOADO BREJO EM SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI	25/05/2015	16h00min

NOTICIANTE

Nome	Sexo	Raça
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA	(X) M ( ) F	PARDA

Nascimento	Idade	Nacionalidade	Estado Civil	Profissão	Naturalidade	RG
10/10/1963	51	BRASILEIRO	CASADO	LAVRADOR	SÃO PEDRO - PI	706.339 SSP-PI

CPF	Filiação (pai)	Filiação (mãe)
265.885 283-53	JOSÉ ROCHA DA SILVA	LOURENÇA SOUSA

ENDEREÇO	CIDADE
POVOADO OLHA D'AGUA, ZONA RURAL	SÃO PEDRO DO PIAUÍ

VÍTIMA (Preenchimento Obrigatório)

Nome	Sexo	Raça
FRANCISCO DE SOUSA ROCHA	(X) M ( ) F	PARDA

Nascimento	Idade	Nacionalidade	Estado Civil	Profissão	Naturalidade	RG
10/10/1963	51	BRASILEIRO	CASADO	LAVRADOR	SÃO PEDRO - PI	706.339 SSP-PI

CPF	Filiação (pai)	Filiação (mãe)
265.885.283-53	JOSÉ ROCHA DA SILVA	LOURENÇA SOUSA

ENDEREÇO	CIDADE
POVOADO OLHA D'AGUA, ZONA RURAL	SÃO PEDRO DO PIAUÍ

MEIO EMPREGADO (Preenchimento Obrigatório)

ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA)

ORIGINAL

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA (NARRATIVA DOS FATOS)

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO, COMPARECEU Á SEDE DESTA OPM, PARA INFORMAR QUE NA TARDE DO DIA 25/05/2015, CONDUZIA A MOTOCICLETA MARCA HONDA/CG 125 FAN, PLACA NHY-8720, CHASSI 9C2JC30708R081986, ANO DE FABRICAÇÃO 2007, ANO MODELO 2008, DE COR PRETA, EM NOME DE MANOEL DA CRUZ DE SOUZA, ÁS 16H00MIN PELA ESTRADA QUE LIGA POVOADO BREJO AO CENTRO DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, QUANDO DERREPENTE ATRAVESSOU UMA VACA NO MEIO DA PISTA; QUE O NOTICIANTE SE ASSUSTOU E AO DESVIAR DA VACA, A VITIMA CONDUTOR DA MOTOCICLETA CAIU NA PISTA DE ROLAMENTO; QUE A VITIMA CONDUTOR DA MOTOCICLETA FOI SOCORRIDA POR UM RAPAZ QUE IA PASSANDO NA HORA E O LEVOU PARA A RESIDENCIA DO NOTICIANTE; QUE O NOTICIANTE DEU ENTRADA NO AMBULATÓRIO DA SECRETARIA DE SÚDE DESTE MUNICIPIO DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO Nº 5872 DE 25 DE MAIO DE 2015 E POSTERIORMENTE, DEU ENTRADA NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA – FHT DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO MEDICO Nº 51714 DE 25 DE JUNHO DE 2015. É O REGISTRO

ASSINATURAS:

NOTICIANTE: Francisco de Sousa Rocha
VÍTIMA: Francisco de Sousa Rocha
DIGITADOR: _____
TESTEMUNHA: _____
TESTEMUNHA: _____
COMANDANTE DA OPM: Caio Rivelino Pereira Souza
RG: 10959791 PM - PI
CMT - São Pedro - PI

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018

Sala de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Rede de Notas, Registro e Judiciais AUTENTICAÇÃO ABJ 63813

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Marilia Moraes Vieira da Silva
Escrevente Autorizada

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente fotocópia confere com o original, no que me reportei e dou fé.
São Pedro do Piauí-PI, 03/2018
Marilia Moraes Vieira da Silva
Escrevente Autorizada

Seguradora **LÍDER**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Francisco de Sousa Rocha	265.885.283-53	25.05.2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

[X] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

[ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

[ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

São Pedro Piauí de abril de 2018
Local e Data

Francisco de Sousa Rocha
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001, 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CÓDIGO DA CONSULTA: 03.01.01.000-8

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): Francisco de Sousa Rocha
Data de Nasc. 10/10/1965
Filiação: MÃE (sem abreviações) Laurenca Sousa de Oliveira
PAI (sem abreviações)
Sexo: Masc (X) Feminino ( ) Raça/Cor: _____ Telefone ( ) _____ CEP. 64230-0
Endereço completo: Rua Olho d'Agua Nº.
Bairro: Zona rural Município: São Pedro IBGE MUN:
Nacionalidade: Brasileira Munic. de Nascimento: São Pedro UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI CNS- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO Nº.
( ) RG Nº _____ ORGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO:
( ) CPF: Nº: _____ CERTIDÃO TIPO: ( ) NASCIMENTO ( ) CASAMENTO
Nº. ORDEM _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____ DATA EMISSÃO: _____
NOME DO CARTORIO:
CARTEIRA DE TRABALHO Nº: _____ SÉRIE: _____ DATA EMISSÃO:

PJ CORRETOR DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Histórico Clínico: acidente automobilístico (moto)

Fraturas no pé

Exames Físicos: Edema gonfiado

Hipótese Diagnóstica: Inchaço

Tratamento Solicitado

Fraturas no pé

Ozielcarlos Dermatologia e Clínica Médica CRM 5001

Dr. Caroline Barbosa
CRM 5001-PI

São Pedro do Piauí (PI), 25/05/2015

Francisco de Sousa R

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02658-1

CONTA: 000010014569-8

Nr. da Autenticação 6DC32B4D1A4D86A2

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 1022344-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marginal 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ 06.840.244/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de informação autorizado pelo SEFAZ 06/99

Nº da Nota Fiscal 003461293

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
MARCO/2018	28/03/2018	30	7,93

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
LC OLHO DAGUA S/N B-RURAL
CPF: 00026588528353
CEP: 64.430-000 - POV. TODOS OS SANTOS ROT: 94.492.14.82.034000

DADOS DA LEITURA	kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4372		Atual:	21/03/2018
Anterior:	4348		Anterior:	20/02/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	20/04/2018
Consumo Medido:	24		Emissão:	19/03/2018
Consumo Faturado:	30	FCAM	Apresentação:	21/03/2018

Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Ins.	Média 12 meses
RESID-BX RENDA	MONO	A30		1,4,1,1	23

HISTÓRICO kWh

	Mínimo consumo
FEV/18	23
JAN/18	26
DEZ/17	18
NOV/17	32
OUT/17	34
SET/17	34
AGO/17	36
JUL/17	22
JUN/17	18
MAI/17	16

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,190120

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R$ 0,190517 =	5,98
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,42
DIFERENCA DE TARIFA		11,46
SUBVENCAO BAIXA RENDA		10,93-

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 19/03/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 339E.E32F.4FFE.0EE3.1086.64DB.CFEA.1820

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Distribuição:	4,76	Base de Cálculo:	
Energia:	9,02	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,42	Valor do ICMS:	
Encargos:	1,43	Valor do PIS:	0,14
Tributos:	0,81	Valor do COFINS:	0,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 0,00

01/2018 0,00

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

...eluiar S.A
...ei Setembro, 1989 - Sala 6
...a Teresina - PI
...(in)Scrição/0080-84 - UF: 19.455.632-8
...de Matriz 04.206.050/0001-80

TIM BLACK

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

R$ 130,12

VENCIMENTO 25/03/2018

EMISSÃO: 07/03/2018
POSTAGEM: 13/03/2018
NÚMERO: 3338554349

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009102056429012

CPF/CNPJ: 84939443353

CLIENTE: 1.51688701

ACESSO: 86 99981-6008

CTCE FORTALEZA CE PL8
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
R 7 DE SETEMBRO 244 CS
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

721404971 6 17389 00000005119 30 130313

IMPORTANTE PARA ADRIANA

...ora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra ...ê. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens ...ompras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no ...nal de setembro ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem ...sto adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área ...a PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA CONTA DE 07/02 A 06/MAR

SERVIÇOS	VALOR
Oferta TIM Pós A Plus	R$ 109,99
SERVIÇOS EVENTUAIS	R$ 10,18
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R$ 5,90
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R$ -1,88
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R$ 5,93

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99981-6008

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERIODO	VALOR
Oferta TIM Pós A Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	28	07/02 a 06/03	109,99
5 GB de Internet	5GB	2,03GB	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	151m18s	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Music	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
					Total de Mensalidades	**109,99**

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar ...sse meutim.com.br. Central de Atendimento: 1056

CONTA ONLINE TIM

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

...POSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR		
...S	30%	R$ 82,19	R$ 24,66	FUST:	R$ 0,55
...ICMS ...erviço Telecom	5,85%			FUNTTEL:	R$ 0,27
...ICMS ...erviço Não Telecom	9,25%				

...o atendimento à Lei 12.741/2012
...as contribuições da FUST (1%) e FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)		Adicionais ao(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R$ 75,29	SVA Total	R$ 10,18
SVA	R$ 34,70	SVA Conteúdo	R$ 9,18
Desconto(s) Franquia(s)	R$ 0,00	SVA Tráfego	R$ 1,00
Desconto(s) SVA	R$ 0,00		

30-8250T - T64_BLACK_08_6P_1V_EP_1081_AD2/99
PL6 - Fase: TIM BLACK - AUDIT 25/04/2013 - PAG 1 de 6 - ... SOL: 6/8/2/7261

SINISTRO 3180/1848924

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERICIA MÉDICA

Eu, Francisco de Sousa Rocha

RG 706.339 / CPF 265.885.283-53

Residente a Rua localidade Olho Dagua S/N, Cidade de São Pedro do Piauí / Bairro: Zona Rural

UF Piauí CEP 64.430.000

Telefone para contato: 86)99402-2764 (86)99981-6008

Informo que não compareci anteriormente à pericia médica, pelo motivo a seguir:

Declaro que não compareci a pericia médica DPVAT, por motivos de saúde, as duas vezes que me ligaram eu estava com febre. mas agora estou sdisponivel para comparecer a pericia medica DPVAT.

Local: São Pedro do Piauí - Pi UF/ Pi DATA 16/05/2018

Francisco de Sousa Rocha

ASSINATURA

OBS:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

18 MAI 2018

DPVAT

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe esta REFERÊNCIA: 1022344-4

CONCESSIONÁRIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 250 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.272.793/0001-84 Inscr. Estadual: 19.301.989-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Impressão especial de impressão autorizada pela SEFAZ 0016B

Nº da Nota Fiscal 003461293

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

Referência	Vencimento	Dias	Valor
MARCO/2018	28/03/2018	30	7,93

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
LC OLHO DAGUA S/N B-RURAL
CPF: 00029588528353
CEP: 64.430-000 - POV. TODOS OS SANTOS ROT: 94.492.14.82.034000

Leitura			Datas da Leitura	
Atual	4372		Atual	21/03/2018
Anterior	4348		Anterior	20/02/2018
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura	20/04/2018
Consumo Medido	24	FCAM	Emissão	19/03/2018
Consumo Faturado	30		Apresentação	21/03/2018

MINIMO 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A808138		1.4.1.1	23

Histórico consumo	
FEV/18	23
JAN/18	26
DEZ/17	18
NOV/17	32
OUT/17	34
SET/17	34
AGO/17	36
JUL/17	22
JUN/17	18
MAI/17	16

TARIFA EM TRIBUTOS:
30 A 30 - 0,199517

CONSUMO	30 A R$ 0,199517 =	5,98
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,42
DIFERENCA DE TARIFA		11,46
SUBVENCAO BAIXA RENDA		10,93-

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO ~~1 5 10 15~~ 20 25
Parabens! Ate o dia 19/03/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 339E.E32F.4FFE.0EE3.1086.6408.CFEA.1820

Tributos			
Distribuição:	4,76	Base de Cálculo:	
Geração:	9,02	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,42	Valor do ICMS:	0,14
Encargos:	1,43	Valor do PIS:	0,67
Tributos:	0,81	Valor da COFINS:	

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0,00 0,00 01/2018 0,00

DPVAT
18 MAI 2018
PJ CORRETA DE SEGUROS

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco de Sousa Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 265.885.283/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco de Sousa Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 265.885.283/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Sete de Setembro		244	Centro
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Esperantina	Piauí	64.325.000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
carladuarosousa@gmail.com	(86)994022764	(86)99981.6008	

Esperantina-PI, 24 de Abril de 2018
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manoel da Cruz de Sousa,

RG nº 940 199, data de expedição 06/12/14,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185 055 033 68, com domicílio na cidade de São Pedro do Piauí, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pernambuco nº 23,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Francisco de Sousa Rocha cujo o condutor era Francisco de Sousa Rocha.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 FAN
Ano: 2007/2008
Placa: NHY-8720
Chassi: 9C2JC30708R081986
Data do Acidente: 25/05/2015
Local e Data: São Pedro do Piauí 06.04.2018

1º Ofício

X Manoel da Cruz de Sousa
Assinatura do Declarante

1º Ofício

X Francisco de Sousa Rocha
Assinatura do Condutor **(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)**

ORIGINAL

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Reconheço a (s) de Francisco de Sousa Rocha supra mencionada
Em testemunho da JP/ioco da verdade
São Pedro do Piauí-PI 06/04/2018
JP/ioco
Tabelião 1º Ofício

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Fabiana
Esc
São P
Selo de Fiscalização e Autenticidade
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABB-038367

Reconheço a (s) de Manoel da Cruz de Sousa supra mencionada
Em testemunho da JP/ioco da verdade
São Pedro do Piauí-PI 06/04/2018
JP/ioco
Tabelião 1º Ofício

CARTÓ 1º OFÍCIO
Fabian
Esc
São P
Selo de Fiscalização e Autenticidade
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABB-038368

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CÓDIGO DA CONSULTA: 03.01.06.009-6

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): Francisco de Sousa Rocha
Data de Nasc. 10/10/1965
Filiação: MÃE (sem abreviações) Laurença Sousa de Oliveira
PAI (sem abreviações)
Sexo: Masc (X) Feminino ( ) Raça/Cor: Telefone ( ) CEP. 64430-0
Endereço completo: Povo Olho D'água Nº.
Bairro: Zona rura Município: São Pedro IBGE MUN:
Nacionalidade: Brasileira Munic. de Nascimento: São Pedro UF Pi

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

POSSUI CNS- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: ( ) SIM ( ) NÃO Nº.
( ) RG Nº ORGÃO EMISSOR: DATA EMISSÃO:
( ) CPF: Nº: CERTIDÃO TIPO: ( ) NASCIMENTO ( ) CASAMENTO
Nº. ORDEM LIVRO: FOLHA: DATA EMISSÃO:
NOME DO CARTORIO:
CARTEIRA DE TRABALHO Nº SÉRIE: DATA EMISSÃO:

CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Histórico Clínico: acidente automobilistico (moto)
Fratura no pé

Exames Físicos: Membro gotejado se

Hipótese Diagnóstica: Intubito

Tratamento Solicitado
Fratura no pé (O)

Oziel Carlos
Dermatologia e Clínica Médica
CRM-PI 2474

Dr. Caroline Reis Barbosa
CRM-PI 4801

São Pedro do Piauí (PI), 25/05/2015

Francisco de Sousa R

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nº DE REGISTRO 5872

SUS - 898 0094 1927 0021

FICHA AMBULATÓRIO

UNIDADE: P.S.F. Trevo

PACIENTE: Francisco de Sousa Rocha

FILIAÇÃO { PAI: José Rocha da Silva
MÃE: Laurenice Sousa de Oliveira

ENDEREÇO: Sítio do Dique

SEXO	PESO	E. CIVIL	DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	PROFISSÃO	ÓBITO
Masc		Separado	10.10.63	São Pedro do Piauí	Lavrador	DATA: __/__/__ CAUSA:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL: Queimadura 3º Grau na região lombar

H. D. A.: Ocasionado por descarga elétrica
Data: nesta data: 25/03/15

A. FISIOLÓGICOS:

A. GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS:

A. PATOLÓGICOS:

DOENÇAS EVITÁVEIS POR IMUNIZANTES:

A. FAMILIARES:

H. SÓCIO / ECONÔMICA:

EX. FÍSICO GERAL:

EX. FÍSICO ESPECIALIZADO:

H. DIAGNÓSTICO: Queimadura de 3º Grau.

H. DIAGNÓSTICO:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

17 577 [illegible]/0009-94
SUS
HOSPITAL GERAL DO PROMORAR
URGÊNCIA
Av. Ulisses Guimarães, S/N-Promora
CEP: 64000-000
Teresina-PI

Prefeitura de Teresina

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco de Souza Nobre

Cart. Prof. Nº — Série: —

necessita de 15 (Quinze) dias de licença para tratamento de saúde a partir de 03/07/15

CID T25.3

Teresina, 03 de Julho de 2015

Dr. Jayronn Santos
Cirurgia Geral
CRM-PI 4305

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

urgência

FHT
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS

02/14
Orgão Emissor: N221140001

AIH : 2215101477779-8
UNI : PROMORAR

NASCIMENTO
19/10/1963

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

D.LIBERA: 05/05/2015 DT. LAUDO : 11/06/2015
PROCED. : 0415040027 DESCOLAMENTO DE FASCIITE (ELECTROCIRURGIA)
OP.DIST: J. SANTOS
CID : D958

Órgão Administrador do Hospital
Assinatura do Auditor Médico
CRM-PI 2021 - CARIMBO
Assinatura do Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

9

ID

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES

Av. Principal s/n CEP 64.227-000
CNPJ:06.522.917/0014-94

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE: Francisco de Sousa Rocha

6. Nº PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC	9.SEXO: M/F	DOCUMENTOS: RG / CPF
51714	898003419270021	10/10/63	1 F 3	Nº 7016339-PI

10. NOME DA MÃE: Lourenço Sousa
10.2 NOME DO RESPONSÁVEL: Ogan José Alves Penha

11. ENDEREÇO	12.2BAIRRO	12.3 COMPLEMENTO
Povoado olho D'agua	Zona Rural	S/N
ENDEREÇO LOCAL	BAIRRO LOCAL	COMPLEMENTO LOCAL

11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO	14.IBGE	15. UF	16.CEP
	São Pedro do Piauí		PI	64430-0

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Ponto em forma de Furúnculo, com tecido necrosado

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20. DIAGNÓSTICO INICIAL	21. CID 10 PRINCIPAL	22. CID 10 SECUNDÁRIO	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Celulite	B99		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25. COD. DO PROCEDIMENTO
Debridamento	04150400

26. LEITO/CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / 29. DT/SOLICITAÇÃO	30. CNS/CPF / 31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)
CM			

DR. CARLOS ... CRM-PI 2422 CIRURGIÃO DERMATOLOGISTA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35.SÉRIE
36. ( ) ACID TRABALHO TIPICO 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO	38. CNPJ EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40.CBOR

41. CID 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42. CID 10 SECUNDÁRIO		43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
47. DT. AUT. 25/04/15 48. CNS/CPF	50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA 51. DT. AUT. / / 52. CNS/CPF

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE: [illegible]					Nº DE REGISTRO	
DATA: 24 06 - 95	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS.URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					FÍSICO	
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS	

15:45 22:20

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	
LÍQUIDOS	SO - UTO SANGUE OUTROS	500 400 300 200 100
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0
P ARTERIAL V O PULSO		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		
RESPIRAÇÃO O		
SÍMBOLOS		

TOTAL DE DOSES: [illegible] g

SEQUÊNCIA: * Raquianestesia [illegible] + [illegible] Punção lombar [illegible] 25,00 mcg de [illegible] [illegible] de [illegible] [illegible] + morfina 20 mg

DURAÇÃO: [illegible]

TÉCNICAS

OPERAÇÕES: [illegible]

CIRURGIÕES: [illegible]

ANESTESISTAS: Dra. [illegible] Anestesiologista CRM [illegible]

INCIDENTE - ACIDENTE

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS

PARTICULARIDADES

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

BOLETIM CIRÚRGICO

NOME Francisco de Souza Neto Nº DO REGISTRO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Hérnia em pé D

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

INÍCIO HS TÉRMINO HS DURAÇÃO

OPERADOR

AUXILIAR 1° 2°

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

Ebert Portela Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4688

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) Assistir clínica pós-cirúrgica
2) Anestesia + Cirurgia
3) Realizado delicadamente a herniorrafia em faixa medial de pé D.
4) Retirado de Hemostat

CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO)

5) Concluída

Ebert Portela Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4688

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP PULSO RESP PR ART MAX MIN

OBSERVAÇÕES:

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

RECÉM NATO

( ) MASC_____ ( ) VIVO_____ ( ) A TERMO_____ ( ) ÚNICO_____

( ) FEM_____ ( ) MORTO_____ ( ) PRÉ-TERMO_____ ( ) GEMELAR_____

( ) PÓS-TERMO_____

APGAR 1° 5°

NOME DO MÉDICO

FMS - 14

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Nº Registro 5174
Nº 18070

FICHA DE ADMISSÃO

CNPJ:

Nome: Maria de Sousa Rocha

Clínica: Med.

Data de Nascimento: 15/10/63 | Sexo: M F

Nº Prontuário:

Internou-se neste Hospital: Sim ☐ Não ☐

RG | CPF | Naturalidade | Estado

Atendimento Ambulatorial: Sim ☐ Não ☐

Endereço Residencial: Av. Olho D'agua Complemento: Sao pedro s/o Pt | Bairro: Rural | CEP

Médico assistente: Oriel

Mãe: Lourenço Sousa

Pai | CEP

Endereço Hospital

História Clínica (Registre as queixas do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

Perda de sangue e coágulos no corpo

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

DIAGNÓSTICO

Provisório: CN 12 dias | CID

Principal | CID

Intercorrência | Causas Mórbidas | Hist. Patológico

Sintomas e Sinais Principais

TRATAMENTO

TIPO	TERAPÊUTICA MÉDICA	OPERAÇÃO	EFICÁCIA
☐ Nenhum ☐ Médico ☐ Cirúrgico ☐ Médico-Cirúrgico		Principal Acessórias	☐ Eficaz ☐ Inalterada ☐ Prejudicial ☐ Não Avaliado

DURAÇÃO

Data da Internação | Hora | Data da Alta | Hora | Data da Hospitalização

ALTA

SAÍDA

☐ Curada
☐ Melhorado
☐ Internado
☐ A Pedido

TRANSFERÊNCIA

☐ Decisão Médica
☐ Por Indicação
☐ Rotina
☐ Por Cancelamento

☐ Enfermaria
☐ Maternidade
☐ Outro

OBITO

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado crônico ou pré-agonico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agonico ou pré-agonico
☐ Ocorrido após as horas de internação

HT
Hospitalar
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P. Cirurgia

NOME: Francisco de Sousa Rocha

26.06.15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Alta Hospitalar p/ acompanhamento em ambulatório de ortopedia		

Dr. Brerio de Castro Guimarães
MÉDICO
CRM

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGF
HOSPITAL GERAL DO PRONTO SOCORRO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Data: 26/06/16 ( ) CIRÚRGICA ( ) CLÍNICA ( ) PEDIÁTRICA ( ) CIRÚRGICA DO ( ) PRONTO SOCORRO

Nome: Eva de Sousa Rocha Prontuário: Leito: 02-19 Idade:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Horário
	Monitorar nível de consciência e orientação	
	Manter cabeceira elevada a ( )°	
	Monitorar padrão respiratório.	
	Verificar Sinais Vitais.	
	Realizar mudança de decúbito a cada horas.	
	Supervisionar/ Escovar dentes oral e higiene	
	Incentivar higiene íntima.	
	Supervisionar e incentivar realização de dieta.	
	Orientar jejum a partir de:	
	Testar localização de SNG antes de administrar a dieta.	
	Infundir 20ml de água antes e depois da dieta.	
	Avaliar sinais de gastrite e intolerância.	
	Realizar troca do equipo e do acesso venoso periférico	
	Observar e anotar diurese (coloração, quantidade e odor)	
	Observar e anotar tapete, quantidade, consistência e odor das evacuações	
	Realizar curativo em	
	Monitorar sinais clínicos.	

Controle de Sinais Vitais

Hora	T	P	R	PA	Glicemia	Diurese	Evacuação
08	36,5			MUX80.			
12							
16							
24							

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

8:20 Paciente consciente orientada em sala. Hospitalar pos D Bruna, para avaliação ambulatorial de cirurgia.

Dionilha Oliveira de Abreu
COREN-PI 109521 - TE

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 13 UNIDADE DE SAÚDE HGP
Ortopedia

NOME: Francisco de Sousa Rocha

25.06.13 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente internado a desbridamento cirurgico no pé direito, não tem condições pequenas de andar com muletas no pé D. 1- dieta livre. 2- gelo solimizado. 3- antibiótico de EV de 12/12h. 4- Dipirona — 2cc + A.D EV de 6/6h 5- curativo a vácuo [illegible] 6/6h.		

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGF
HOSPITAL GERAL DO PRONTO SOCORRO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

LEITO 115 CLÍNICA ( ) MÉDICA ( ) PEDIÁTRICA (X) CIRÚRGICA OU ( ) TRAUMATOLOGIA

Nome: Francisco de Sousa Rocha Prontuário: DATA: 05/03/18 Idade:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Horário
30/03 Iniciado conduta, mantido jejum, oxigenoterapia, antibiótico, sonda, sucção, sondagem, e curativo. Iniciado antibiótico e curativo. Iniciado hoje e mantido. Iniciado ontem. Iniciado ontem. Iniciado ontem.	Monitorar nível de consciência e orientação	
	Manter cabeceira elevada a ( )°	
	Monitorar padrão respiratório.	
	Verificar Sinais Vitais	
	Realizar medição de decúbito a cada hora.	
	Supervisionar/ Executar higiene oral e banho	
	Incentivar higiene íntima.	
	Supervisionar e incentivar a ingestão da dieta.	
	Orientar jejum e partir dos	
	Tratar localização de SNG antes de administrar a dieta.	
	Instalar 20ml de água antes e após dieta	
	Avaliar sinais de flebite e infiltração.	
	Realizar troca do equipo a cada 48 horas e frasco volume periódico	
	Observar e anotar débitos (aspecto, quantidade e odor)	
	Observar e anotar aspecto, quantidade, localização e odor da drenagem	
	Realizar curativo em	
	Monitorar sinais de choque.	

Thiago Lima Santos
COREN-PI 170151 - ENF

Cama de Sala Vista

Hora	T	F	P	PA	Glicemia	Diurese	Respiratório
08	36	E		90/60			
				140			
12	36,8			140			
				80			
16	36,8			120			
24	36,8			90X90		97mg/dl	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

9:30 REALIZADO CURATIVO EM MEDIO PORTE, ENFRIMENTO COM PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM QUASE TODA EXTENSÃO E ASSIMILADANDO AVALIAÇÃO P/ CURATIVO ESPECIAL UTILIZADO SERVIÇO ABE BRITO 00105186278

Hospitalar
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE H.G.P
C.I. Cirúrgico

NOME: Eva de Souza Rocha

24/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

Fundação Hospitalar de Teresina

[illegible] SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE [illegible] – SAE

HGP

ENF/LEITO: 02/19 NOME: Flo de Souza Rocha

DATA: 24/06/15

20:18h Segue cons-
ciente, orientada.
Eupneica, normo-
corada. Sem apre-
sentada. Aceita
dieta. Eliminações
fisiológicas presentes (S/C)
Sem queixas no
momento. Eliana

Eliane Leal da Silva
Enfermeira
COREN-PI 170154

36°C	110/70
36,8	110/70
36,5	120/80
36,5°C	130/80

( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) Realizar curativo [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) Manter [illegible] durante [illegible] horas
( ) Observar aspecto de perda vaginal
( ) Incentivar ingestão hídrica
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) Encaminhar ao setor de ultrassonografia
( ) Observar aspecto de [illegible] / Episiotomia
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( ) [illegible]
( )
( )
( )

[illegible] Realizado cura-
tivo em MID (pé), fe-
rimento com tecido de
granulação presente em
quase toda extensão, aguar-
dando avaliação p/ curati-
vo especial, utilizado
SF 0,9% + AGE.
Brito 0010318627 E.

MOD. 02

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE U.G.P. cl. cirúrgica

NOME: Fco de Sousa Rocha

23.06.15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Dieta branda ① IF - 1500ml EU 2/4h/uni. ② Ceftriaxona 1g EU 12/12h. ③ Dipirona 2g + AD EU 6/6h, SOS. ④ Bromoprida - 01 amp + AD EU 8/8h, SOS ⑤ SMS	① 15:00 2: 00 3: 12 ② 2:00 ③ 12 ④ 2:00	

Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

FEGP

SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HGV

23/06/15

Rio de Sousa Rocha

02.19

S.6 h. Paciente evolui consciente, orientado, deambulando, mantendo dieta oral, mantendo sondas e curativos, em uso de antibióticos e analgésicos conforme P.M.

06	36°C	110/60	
12	36°C	110/70	
18	36,5°C	100/60	
24	36°C	100/70	

Juciene dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 308.633

9:00 hs REALIZADO CURATIVO EM MID (PÉ) ESQUERDO COM TECIDO GRANULADO EM QUASE TODA REGIÃO, UTILIZADO SEG. FAGE. SOLICITADO AVALIAÇÃO P/ CURATIVO ESPECIAL. BRITO 00103862 T.E.

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE U.C.P.

NOME: Ana de Sousa Rocha	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
22/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Apicode com Morfina em 16'		
1) Soro fino, 8/60, soro branco		
2) SFO, ev. — 1.500ml, ev, 20gotas/min		
3) Ceftriaxona - 1g+AD, ev, 12/12h		
4) Dipirona - 02ml+AD, ev, 6/6h		
5) Tramal 100mg+10ml SFO, ev, 8/8h (SN)		
6) Plasil - 01amp+AD, ev, 8/8h (SN)		
7) SSVV + CLBG		

Clínica Geral

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGP

ESTABELECIMENTO DE ASSISTÊNCIA DE PSICOLOGIA - HGP

DATA: 22/06/15

NOME: FCO de Jesus Rocha

CLASSIFICAÇÃO: ( ) CRÔNICO ( ) AGUDO ( ) PSICOSSOCIAL

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NÚMERO DE ENFERMAGEM

Leito

Data: 21/7/15

Sinais de Alta Vida

Hora	I	II	III	IV	Clínica	Dieta	Observações
06	36,2		110/60				
12	36,8		100/50				
18	36,5		90/40				
24	35,5		110/60				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1 sn Paciente com
Histórico, Crônico de
Etilismo, Tabagismo
associado a droga
maconha, em
bom uso de ATD
associado ao álcool
sendo essa PC
Juclene dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 308.693

- Monitorar sinais vitais
- Manter cabeceira elevada ( ) 1º
- Manter jejum hospitalar.
- Verificar Pad Vivo.
- Realizar medição do débito urinário horas.
- Administrar/Ofertar hidratação e banho
- Oferecer lanches leves.
- Observar/anotar características da fezes.
- Orientar família e paciente de:
- Manter localização do SVD sob cuidado de administração e cria.
- Manter SD no leito com cuidado.
- Auxiliar higiene de leito e alimentação.
- Realizar troca de equipo e do acesso venoso periférico
- Observar e anotar dores, falanges, quantidade e cor.
- Observar e anotar edema, quantidade, localização e características.
- Realizar curativos.
- Realizar cuidados gerais.

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE HGP

NOME: Francisco de Sousa Rocha

21/06/25 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente c/ recuo [illegible] o aguardar [illegible] CO!		
1) Dieta geral [illegible] até 2ª ligação [illegible] pós 2ª ligação	(1) [illegible]	
2) SG 5% – 1000 ml [illegible] 20 gtt	(2) 1º 2º 3º [illegible]	
Nacl 0,9% – [illegible] 7m	(3) [illegible] 20 gtt	
3) Ceftriaxona 1g – [illegible] 12/12h	(4) [illegible] 12/12 gtt	
4) Dipirona – 2,0 + [illegible] 6/6h	(5) SN	
5) Plasmet mg – [illegible] 8/8h 5ml	(6)	
6) CCGO + SSVM		

Erbert Pereira Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4688

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

FGP
INSTITUTO GERAL DE PERICIAS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

DATA: 01/06/15 CLÍNICA: CIRÚRGICA LEITO: 01 ENFERMEIRO: Francisco de Jesus Rodrigues
NOME: Francisco de Jesus Rodrigues IDADE: 38 anos SEXO: M

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA
08:00 - Segue consciente, orientado, fala pouco, deambulando sem queixas álgicas. Em dieta zero, acompanhado por familiar. Mantém sondagem vesical de alívio. Com acesso venoso periférico em MSE. Lorena Vaise Borges Enfermeira COREN-PI 177-969	Medir PA e FC de 4/4 horas	
	Manter SVD	
	Manter dieta zero	
	Verificar Glicemia capilar	
	Realizar curativo do dreno a cada 12 horas	
	Observar/tratar hipertermia e dor	
	Instalar bomba de infusão	
	Observar/anotar características da diurese	
	Observar/anotar características do dreno	
	Realizar higiene oral e banho no leito	
	Observar e anotar aceitação da dieta	
	Realizar troca de curativo e de bolsa coletora	
	Observar e anotar diurese (volume, quantidade e odor)	16:15
	Observar e anotar aspecto, quantidade, frequência e cor das evacuações	
	Realizar curativo	
	Manter medicações	

Hora	T	P	R	PA	Dext	Esq	Dreno
8	35,6	90	16				Claro
12	36	90	20				
16	36,2	90	20				
20	36,8	90	20				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

15:20 Paciente encaminhado p/ Centro Cirúrgico
Realizando Desbridamento escharotomia em MD Direito
16:15 Cheiro ou alterações sob efeito de Meperidina neste
Guadalupe

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 09 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE

NOME: Francisco de Sousa Rocha.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Paciente com ulcera no pé e aguarda realizar de desbridamento cirúrgico.		
1- N.P.O, dieta líquida total.	1ª 12 / 2ª 24	
2- soro fisiológico — 1000ml/24h.		
- soro glicosado — 1000ml/24h.	3ª 12 / 4ª 24	
3- ceftriaxona 1g EV de 12/12h.		
4- Dipirona — 2ml+AD EV de 6/6h	12 18 24	
5- Bromoprida — 1amp+AD EV de 8/8h	12 18 24	
6- Dimenidrinato — 2ml+AD EV de 6/6h	12 18 24	
7- Dimenidrinato de 6/6h	12 18 24	18 (suspenso)

Estado do Piauí
Instituto Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina

HGP

ESTATÍSTICA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

Data: 24/06/2015 CLÍNICA ( ) PEDIATRIA ( ) MATERNIDADE ( ) CIRURGIA ou ( ) PRONTO SOCORRO

Nome: Francisca da Silva Rocha

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	Horário
Chegou à enfermaria para dar à luz. Apresenta dilatação de 4 cm, com pico. Conversa, sorri, pede para deitar. Deitou, sorri, aceita bem, aguarda. Informada sobre o que está sendo feito. Demonstra ansiedade. Mantém-se calma. Entende e aceita. Dra. Elizangela Rodrigues Nascimento e enfermeira. Dulcineia Martins da Silva Mesquita em Enfermagem COREN-PI 148.[illegible]	Verificar sinais vitais e obstétricos	
	Medir altura uterina e ( )	
	Manter posição ginecológica.	
	Verificar Glicemia.	
	Realizar mudança de decúbito a cada hora.	
	Supervisionar / Realizar higiene oral e banho	
	Instalar hidratação.	
	Administrar e monitorar medicação de dieta.	
	Oferecer líquido e pastilha.	
	Tricotomia e lavagem do períneo.	
	Controle de ingestão e eliminação.	
	Avaliar dieta de balanço e hidratação.	
	Realizar cuidados do equipo e do acesso venoso periférico	
	Observar e anotar alterações (coloração, quantidade e aspecto)	
	Observar e anotar sangramento, quantidade, hemorragia e odor das evacuações.	
	Realizar curativo	
	Manter grade elevada.	

Controle de Sinais Vitais

Hora	T	P	R	PA	Glicemia	Sangramento	Evacuação
08							
12	36,6			11/7			Dejecção
16	36	59		90/60			Dejecção
24	37,2			100x70			Cat

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE

NOME: Francisco Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
- Dieta livre		
- SF 0,9% — 1000 ml EV 4/4h		
- Ranitidina 50 mg EV 8/8h		
- Ceftriaxona 1g EV + HD EV 12/12h		
- Bromoprida 10 mg EV 8/8h		
- Dipirona 2g, 50 gotas 6/6h		
	Vini	

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA Obstetrícia LEITO _____ UNIDADE DE SAÚDE HGP.

NOME: Ana de Sousa Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Jejum Internação 18/06/25		Gravida P.A. 11x6 FCF 36 Cicatriz cirúrgica - 7 dias pós
① Dipirona		
② SF 0,9 1000 ml		
③ Ranitidina de 8/8	12 (18:00) (6:00) 22 06	
④ Ceftriaxona 1g ev de 12/12	12 22	
⑤ Bloqueio 1 ev 12/12	12 22 06	
⑥ Dipirona ev SR	12	
⑦ PARECER CIRURGIÃO		

OZIEL CARLOS
DR. MÉDICO CRM 2574 PI
CLÍNICA MÉDICA E DERMATOLOGIA

PROT. 5572

Francisco de Sousa Rocha

DATA	RECONSULTA	ATENDIMENTO	EXAMES	VISITAS
	23/09/09 → Infecção em MID. Cd. Cefalexina + neomicina. Orientação q/ à limpeza			
24/03/15 02.06.15	Paciente comparece para consulta c/ ferida lesão (queimadura 2º grau) no pé D causado por derrapada de motocicleta (23/03/15). Internado a hospital local por 5 dias. Relata dor, edema (firmeza, vermelho, calor e limpo.) Cd. Orientação quanto uso de compressas quente/fria oralmente diluir dipirona (2x dia) + ibuprofeno + amoxicilina 500mg (2x dia)			
02.06.15	Curativo com limpeza de ferida com soro fisiológico 0,9% e compressas frias no mesmo local. Orientado para realizar curativo a cada 03 dias. Cd. Dra. Alexandra Ferreira Nunes Enfermeira COREN-005.478			
20/07/15	Paciente sofreu acidente motociclístico referindo dor/edema em pé direito. Refere ter fraturado o dedo, porém não consta (sic). Apresenta curativo sendo realizado em hospital onde o mesmo ingressou e internado. Cd. Realizado prescrição de analgésico + antibiótico. Dra. Luana Cardoso MÉDICA CRM-PI 5394 CPF 010.359.653-48			

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO DATA 21 / 06 / 15

NOME DO PACIENTE: Fr de S. Rocha.	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: Neuro – pé D	CIRURGIA: Ret. de Ca
ANESTESIA: Raquia	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Doc. Erbert.	CPF Nº
AUXILIAR: Acad. Carol.	CPF Nº
ANESTESIA: Dra. Renine	CPF Nº
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº

Erbert Portela Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4558

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML		
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
AGUA OXIGENADA	ML	–		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA Unid	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5 CC	UNID.	01	
CALPE Nº	UNID.	–		SERINGA 3 CC	UNID.		
FORMOL	ML	–		SOROFISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01					

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.			
ALCOFIL			
MONONYLON			
FITA UMBILICAL			
VICRYL			
PROLENE			

OCORRÊNCIA: Realizado - Debridamento cirurgico em pé Direito

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Guadalupe & Feitosa

02/14

FHT
AO HOSPITALAR DE TERESINA

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

ID

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4. CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE: Maria de Souza Pochum

6. Nº PRONTUÁRIO: 5/7/14

7. CARTÃO NACIONAL SUS: 700 0034 1927 0021

8. DATA NASC: 10/10/63

9. SEXO: M/F: 1 F 3

DOCUMENTOS: RG X CPF

Nº 70639-PA

10. NOME DA MÃE: Leonina de Souza

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL: Odair José Alves Penha

11. ENDEREÇO: Povoado Olho D'agua

12.2 BAIRRO: Zona Rural

12.3 COMPLEMENTO: S/N

13. TELEFONE DE CONTATO

BAIRRO LOCAL

COMPLEMENTO LOCAL

13. MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

14. IBGE

15. UF: PI

16. CEP: 64430-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente [illegible] Pé Direito, com [illegible] 19 centímetros

18. CONDUTA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

20. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: [illegible]

21. CID 10 PRINCIPAL: [illegible]

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]

25. COD. DO PROCEDIMENTO: 04/50 4007-2

27. TEMPO DE INTERNAÇÃO: [illegible]

28. CLÍNICA DA INTERNAÇÃO

29. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. DT SOLICITAÇÃO

30. CNS/CPF

31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

36. ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37. ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38. CNPJ EMPRESA

39. CNAE EMPRESA

40. CBOR

41. CID 10 PRINCIPAL

42. CID 10 SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. DT AUT.

48. CNS/CPF

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

49. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA

51. DT AUT.

52. CNS/CPF

(Nº REG DO CONSELHO)

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

BOLETIM CIRÚRGICO

NOME: Francisco de Souza Neto — Nº DO REGISTRO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hem. pé D

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

INÍCIO: 1h — TÉRMINO: 1h — DURAÇÃO:

OPERAÇÃO:

CIRURGIÃO: — 7°

ANESTESIA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1) Bloqueio local até aqui
2) Anestesia e Cirurgia
3) Realizado hemostasia em tecido necrótico
4) Pele mantida em pé D.
5) Retirada de Kirschner
6) Curativo e Ataduras
7) Curativo

Elbert Policarpo Martins Filho
Cirurgião Geral
CRM-PI 4068

CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA

TEMP: — PULSO: — RESP: — PR ART MAX: — MIN:

OBSERVAÇÕES:

RECÉM NATO

( ) MACHO ( ) VIVO ( ) A TERMO ( ) ÚNICO
( ) FEM. ( ) MORTO ( ) PRÉ TERMO ( ) GEMELAR
( ) PÓS-TERMO

LOCAL: — 5°

Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 02 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE U.B.P. Campo Grande

NOME: Francisco de Sousa Pedra

20/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Alta Hospitalar p/ acompanhamento em ambulatório de cardiologia Dr. Breno de Castro Guimarães MÉDICO CRM		

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA [illegible] LEITO [illegible] UNIDADE DE SAÚDE [illegible]

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	[illegible]		

Estado do Piauí
[illegible]
[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Francisco da Silva [illegible]

[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	Observar e anotar: aspecto, quantidade, frequência e odor das eliminações	
	Realizar curativo em	
	[illegible]	

17	8:00		[illegible]		
11	14:00		[illegible]		[illegible]
[illegible]	20:00		[illegible]		[illegible]
12	8:00		9:30	9:30 [illegible]	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

9:30 REALIZADO CURATIVO EM MID (PÉ), FERIMENTO COM PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM QUASE TODA EXTENSÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO P/ CURATIVO ESPECIAL. UTILIZADO SF 0,9% + AGE. BRITO 00103186 2 TE

Hospital
de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA C2 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE [illegible]

NOME: [illegible]		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
24/06/15	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	[illegible]	[illegible]	

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 03 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE UCP

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
28.06.15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	

[illegible]
1) [illegible]
2) SF - [illegible] EV [illegible]
3) Ceftriaxona 1g EV 12/12h
4) Dipirona 2g EV 6/6h [illegible]
5) Bromoprida - 10mg - 1g EV 8/8h [illegible]
6) SNG

[illegible]

FHT
Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA 62 LEITO 19 UNIDADE DE SAÚDE [illegible]

NOME: [illegible]	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
22/06/15 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1) Dieta com [illegible] 6/6 [illegible]	[illegible]	
2) Dieta zero, HGT, [illegible]		
3) SF 0,9% — 1.500 ml, EV [illegible]		
4) Ceftriaxona — 1g (+AD), EV 12/12 H		
5) Gentamicina — 120mg (+AD), EV 6/6 H		
6) Tramal (100mg + 10ml SF 0,9%), EV 8/8 H (SN)		
7) Plasil — 01 amp (+AD), EV 8/8 H (SN)		
8) SSVP + CLEG		

Fundação Hospitalar de Teresina

SUS

Prefeitura de Teresina

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA _____ LEITO _____ UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]	
1- [illegible]	[illegible]	
2- [illegible] — [illegible]	3° 4°	
[illegible] — [illegible]	12 24	
3- [illegible]	12 18 24 00	
4- Dipirona — [illegible] de 6/6	12 18 24 00	
5- Bromoprida — [illegible] de 6/6	12 18 24 00	
6- Dipirona — [illegible] de 6/6	12 18 ~~24~~ ~~00~~	
7- [illegible] de 6/6		

(suspenso)

HOSPITAL GERAL DO PRONORTE

Fundação Hospitalar de Teresina

Prefeitura de Teresina

FICHA DE CURATIVO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE

Procedimento: 0[illegible]01-5 – Curativo grau II c/ ou s/ debridamento

CARTÃO DO SUS:

DATA: 25/06/15

PACIENTE: [illegible]

Prontuário: [illegible] Idade: 51

[illegible]

TELEFONE DE CONTATO: [illegible]

Nome do enfermeiro ESF:

[illegible] (curativo de [illegible]) (Quimioterápica no) (como de drenagem)

Nº DE TRACE: Avaliação

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL	Unid.	Quant.	Cobertura utilizada	Unid.	Quant.	Cm
[illegible]	Unid.		Alginato de cálcio	Unid	2	10x20cm
[illegible] 10cm	Frasco	03	Alginato de cálcio com Prata	Unid		
[illegible] 50cm	Frasco		Colagenase			
[illegible]	Unid.		Carvão ativado com prata	Unid		
[illegible]	Unid.	05	Hidrocoloide	Unid		
[illegible]	Unid.		Hidrofibra	Unid		
[illegible]	Unid.	02	Hidrofibra com prata	Unid		
[illegible]	Par	03	Hidrogel	g	03	
[illegible]	Par		Gaze de Rayon	Unid		
[illegible]	Unid.	02	Compressa	Unid	01	
[illegible]	Unid.		Ácido	ML		
[illegible]	Par	02	Espaçadores com 10			

Localização da ferida 01: [illegible]

Comprimento: [illegible] cm

Largura: [illegible] cm

Profundidade: 10 cm

Quantidade de exsudato: [illegible]

Odor: [illegible]

Mensuração da ferida 02	Mensuração da ferida 03
Local:	Local:
Comprimento:	Comprimento:
Largura:	Largura:
Profundidade:	Profundidade:
Quantidade de exsudato	Quantidade de exsudato
Odor:	Odor:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

[illegible] e [illegible] da lesão, c/ tecido [illegible] esfacelo e necrose, [illegible] limpeza e SF 0,9% [illegible] 2, p/ 21 [illegible] hidrogel, alginato e [illegible] gaze, ataduras e compressa

Assinatura no paciente

Assinatura e carimbo do enfermeiro

Prefeitura de Teresina | HGP Hospital Geral do Promorar | FMT Fundação Municipal de Saúde de Teresina

FORMULÁRIO PARA NOTIFICAÇÃO DE FERIDAS NOS HOSPITAIS MUNICIPAIS

Data [illegible]

BLOCO 1: DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:

1.0 **Nome completo do Paciente:** [illegible]

1.1 **Hospital solicitante** [illegible]

1.2 **Setor de internação** [illegible]

1.3 **Tempo de internado** [illegible]

1.4 **Idade:** .....[ ]

1.5 **Sexo:** .....[1]

(1) Masculino (2) Feminino

1.6 **Situação conjugal** .....[3]

(1) Solteiro (a)
(2) Casado (a)/ União estável
(3) Divorciado
(4) Viúvo (a)
(5) RN/Criança

1.6 **Data de Nasc.:** [illegible]

1.7 **Renda Familiar**.....[1]

(1) Menos de 1 salário mínimo
(2) 1 a 2 salários mínimos
(3) 3 a 5 salários mínimos
(4) acima de 5 salários mínimos
(5) Desconhece

1.8 **Escolaridade**:.....[1]

(0) Não estudou
(1) Ensino Fundamental
(2) Ensino Médio
(3) Ensino superior
(4) Outros,_____
(5) Não se aplica

BLOCO 2: DADOS CLÍNICOS:

2.1 **Condições clínicas e fatores de risco associadas:** [ ] [ ] [ ] [ ]

(1) DM
(2) HAS
(3) Acidente Vascular Encefálico
(4) Câncer
(5) Obesidade
(6) Doença neurológica
(7) Hanseníase
(8) Etilismo
(9) Tabagismo
(10) Outros, especificar: _____

2.2 **Medicamentos em uso:** ..... [ ]

(1) Sim, especifique: _____
(2) Não

2.3 **Mobilidade:** ..... [ ]

(1) Deambula
(2) Deambula com auxílio, especifique: [illegible]
(3) Não deambula

BLOCO 3: AVALIAÇÃO DA FERIDA

3.1 **Etiologia da ferida:** ..... [ ]

(1) Úlcera venosa
(2) Úlcera arterial
(3) Úlcera diabética
(4) Úlcera Neuropática
(5) Úlcera por pressão
(6) Úlcera plantar (Hanseníase)
(7) Feridas traumáticas, especifique acidente de moto
(8) Não Se aplica. Só prevenção Quimioterápico
(9) Outros, _____ Curativo de descarga

3.2 **Número de ferida(s)** _____[1]

3.3 **Tempo de existência da(s) ferida(s):**.....

3.4 **Localização anatômica** :..... [ ]

(1) Membros superiores, especifique.....
(2) Membros Inferiores, especifique...Pé...Direito
(3) Sacro coccígea
(4) Trocanter Direito
(5) Trocanter Esquerdo
(6) Tuberosidade isquiática
(7) Calcâneo
(8) Pé
(10) Outros, especifique: .....

3.5 **Tamanho da(s) Ferida(s):**..... 1 1

3.5.1 **Local ferida 1** Face interna do pé (D)

(1) altura (cm) 11 cm
(2) largura (cm) 10 cm
(3) profundidade (cm) 3 cm
(4) Cobertura sugerida: Hidrogel + alginato

3.5.2 **Local da ferida 2**_____

(1) altura (cm) _____
(2) largura (cm) _____
(3) profundidade (cm) _____
(4) Cobertura sugerida:_____

3.5.3 **Local da ferida 3**_____

(1) altura (cm) _____
(2) largura (cm) _____
(3) profundidade (cm) _____
(4) Cobertura sugerida:_____

3.6 **Tipo de tecido**.....[ ]

(1) Granulação
(2) Epitelização
(3) Necrose, cor [illegible]
(4) Esfacelo
(5) Outros, especificar _____

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Nº DE INSCRIÇÃO

NOME DO CONTRIBUINTE

FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

NASCIMENTO

10.10.63

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Francisco de Sousa Rocha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Francisco de Sousa Rocha

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÃO DE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

USO OBRIGATÓRIO NOS ATOS JURÍDICOS DETERMINADOS

POR LEI OU POR ATO DE NATUREZA ADMINISTRATIVA PRATICADOS PELOS ÓRGÃOS DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CÓDIGO DO CONTRIBUINTE RECEPTOR

001/2295-9

27 AGO 1985

BANCO DO BRASIL

32002/1209

DPVAT

PJ CORRETORA DE SEGUROS

24 ABR 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 706.339

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/198

NOME FRANCISCO DE SOUSA ROCHA

FILIAÇÃO José Rocha da Silva

Lourença Sousa

NATURALIDADE São Pedro do Piauí-PI. 10/10/1963

DOC ORIGEM Nas. nº 349.Lv. 61.Fls.149 v.Exp em São Pedro do Piauí,03/10/1970

CPF

ASSINATURA DO PORTADOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **265.885.283-53**

Nome: **FRANCISCO DE SOUSA ROCHA**

Data Nascimento: **10/10/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **ANTERIOR A 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:53:10** do dia **12/04/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **31E7.407F.8625.6206**

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI
01801200017 30

N.º 97568580 15
66865664791

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA: 1
CODIGO RENAVAM: 941 [illegible]
RNTRC:

NOME/ENDEREÇO:
MANOEL DA CRUZ DE SOUZA
R PERNAMBUCO 00023
BETEL CASTE PI

CPF/CNPJ: 195 [illegible]
PLACA: NEY 8720

NOME ANTERIOR:
MANOEL DA CRUZ SANTANA

PLACA ANTERIOR:
CHASSI: 9C2JC3070BR081986

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NENHUMA
COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB: 2007
ANO MOD: 2008

CAP/POT/CIL: 028/[illegible]
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES:
0

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

CÓNTRAN

SÃO PEDRO DO PIAUÍ
12/03/2012
DATA

NOME/ASSINATURA DO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184894
Cidade: São Pedro do Piauí
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE SOUSA ROCHA
Data do acidente: 25/05/2015
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: QUEIMADURA DE 3º GRAU NO PÉ DIREITO.
FERIMENTO NO PÉ DIREITO

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO PÉ, COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO, DEFORMIDADE E AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE TODOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, COM ATROFIA MUSCULAR E AUSÊNCIA DE SENSIBILIDADE EM TODO O PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO DE ÁREA DE NECROSE.

Sequelas permanentes: Perda funcional do pé direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda funcional do pé D devido a repercussão funcional (perda da mobilidade do tornozelo e da mobilidade de todos os dedos do pé).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau completo - 100 %	50%	R$ 6.750,00
		Total	**50 %**	**R$ 6.750,00**

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180184894***

Nome do(a) Examinado(a): ***FRANCISCO DE SOUSA ROCHA***

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE OLHO DGUA, SNN - RURAL - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PI***] ***706339***

Data e local do acidente: [***25/05/2015***] ***POVOADO BREJO, SÃO PEDRO DO PI***

Data e local do exame: [***28/05/2018***] ***Teresina*** [***PI***]

Resultado da Avaliação Médica

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

QUEIMADURA DE 3º GRAU NO PÉ DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO DE ÁREA DE NECROSE.

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

VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO PÉ, COM AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO, DEFORMIDADE E AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS DE TODOS OS DEDOS DO PÉ DIREITO, COM ATROFIA MUSCULAR E AUSÊNCIA DE SENSIBILIDADE EM TODO O PÉ DIREITO.

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO PÉ DIREITO.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
PÉ DIREITO
% 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

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

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

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROCURAÇÃO

OUTOGANTE: Francisco de Sousa Rocha **BRASILEIRO (a) ESTADO CIVIL** Casado **PROFISSÃO** lavrador **CI RGN. Nº** 706 339 **CPF/ MF Nº** 265.285.283-53 **RESIDENTE E DOMIUCIADO (a) Á RUA** Povoado Olho d'Agua / Zona Rural **CIDADE DE** São Pedro do Piauí - PI **ESTADO** Piauí **CEP** 64430 000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 349.394.433-53 E RG SOB Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRO CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 ABR 2018
DPVAT

São Pedro do Piauí, 05 de Abril de 2018

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
Oficial
São Pedro do Piauí

ORIGINAL

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí
Serviço de Notas, Registro e Judiciais
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABB-038323

x Francisco de Sousa Rocha

OUTORGANTE

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE:-FRANCISCO DE SOUSA ROCHA, TENDO O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTADA IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRÁFO, A ASSINATURA APOSTA NO DOCU= MENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUI=PI, 05 DE ABRIL DE 2018
Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA
TAB. 1º OFICIO.