

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: 23/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000085506-6

Nr. da Autenticação 63BC035B7BEC76BF

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170054621 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 28/09/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ EM FACE POSTERIOR DE COTOVELO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; EDEMA (+/4+); ADM DE COTOVELO ESQUERDO: EXTENSÃO 30º; FLEXÃO 90º; FORÇA MUSCULAR GRAU 4 EM MSE

Resultados terapêuticos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UERO DISTAL ESQUERDO EM 06/10/2016; EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DE COTOVELO ESQUERDO; REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, MAS PERSISTIU COM DEFICIT

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/02/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Altos.

Médico examinador: Adriel Herbert de Castro Leao

CRM do médico: 3888

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

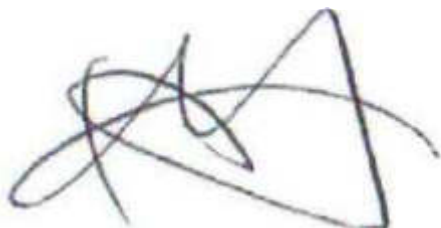
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA** Sinistro: **3170054621** Data: **28/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **AV JOSE MARTILIANO, 91 - SANTA CRUZ - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**CAMPO MAIOR/PI**] **554153**

Data local do exame: [**14/02/2017**] **Altos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE ÚMERO DISTAL ESQUERDO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO; APRESENTA CICATRIZ EM FACE POSTERIOR DE COTOVELO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; EDEMA (+/4+); ADM DE COTOVELO ESQUERDO: EXTENSÃO 30°; FLEXÃO 90°; FORÇA MUSCULAR GRAU 4 EM MSE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEMO DISTAL ESQUERDO EM 06/10/2016; EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DE COTOVELO ESQUERDO; REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA, MAS PERSISTIU COM DEFICIT

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO ESQUERDO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
COTOVELO 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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10605083

A/C: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Sinistro: 3170054621 ASL-0033891/17
Vítima: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA
Data Acidente: 28/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 0000085506-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011242287064
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	00230084087		2013
NOME			
FRANCISCO FERREIRA RODRIGUES			
CPF / CNPJ			
01513490224			
PLACA			
NIT-7033			
CHASSI			
902304120AR119196			

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
FAV/MOTOCICLISTA/NEHUMA	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
FIAT/ARNO	2012 2013
CAP. POT. / CL.	CATEGORIA
002/701/10	125 125V
COR PREDOMINANTE	
PRETA	

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1ª LEVA		
2ª LEVA		
3ª LEVA		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	OF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
02,00	0,00	02,00	

SEM RESTRIÇÃO	OBSERVAÇÕES

CARRO MAIOR	LOCAL	DATA
		2013/01

SEGURADORIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011242287064 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2013	17/01/2013	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
	01513490224	NIT-7033
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00230084087	FIAT/ARNO/CG 125 FAN 125	
ANO FAB.	ANO MOD.	Nº CHASSI
2012	2013	902304120AR119196

PRÊMIO TARIFÁRIO		
125 (R\$)	01 (DETRAN) (R\$)	100% DO SEGURO (R\$)
02,00	0,00	02,00
02,00 DPVAT (R\$)	0,00 DPVAT (R\$)	02,00 DPVAT (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	17/01/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.806/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DOCUMENTO 7 - 77%

23 JAN 2013



SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

LAUDO MÉDICO



PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-
CICLETA NO DIA 28/09/2016, TENDO
COMO RESULTADO FRATURA EXPOSTA DE
COTOVELO ESQUERDO, PARA A QUAL
FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO.
HOJE A MESMA ENCONTRA-SE COM

70% DE INCAPACIDADE DE MEMBRO
SUPINHO ESQUERDO MAIS DEFORMIDADE
DO MEMBRO.

Data: 30 / 04 / 2018

Heidemilson Eugênio

Médico

CRM: 2885

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr. Denilson 97.5

Tudo sábado
LIDER FM
às 09:00h.

Na net: radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI

CNPJ: 14.627.094/0001-38

Site: www.sami.org.br

PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÊNIO

EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Francisca Oliveira de Sousa
0336924

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 554.153 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/01/14

NOME FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA
LUIS HONÓRIO DE SOUSA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 28/10/1958

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 3805 L B-11 F 167
EXP. CAMPO MAIOR-PI 10/09/12

CPI 207.724.243-49

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

23 JAN 2017

DOCUMENTO 5 "7546"



HUT

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Emília Oliveira Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421435

23 JAN 2017

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 28/01/16 HORA: 11:00 Nº DO TELEFONE: 3242-1372

HOSPITAL SOLICITANTE: UNIM MUNICIPIO: Campo Maior

MEDICO: Dr. J. S. A. CRM: 5877

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetria (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fernando de S. S.

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Acidente de trânsito, sem lesões
fraturas de membros

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- ☒ Espontânea
- ☐ Comandos
- ☐ A dor
- ☐ Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ☒ 5 - Orientado
- ☐ 4 - Confuso
- ☐ 3 - Palavras inapropriadas
- ☐ 2 - Palavras incompreensíveis
- ☐ 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ Oxigênio () Hidratação Venosa
- ☐ Aspiração (☒) Medicação: Tranquilizantes e Analgésicos
- ☐ Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rx: fratura de membros superiores e inferiores
fratura de membros superiores e inferiores

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: UNIM

Clínica/Posto: Urgência Senha: 2016 0928 0028

Assinatura e carimbo do Médico

RECIBO FOLHA
PACIENTE
COM O ORIGINAL

23 JAN 2017

COMISSÃO DE CONTROLE
TERESINA, PIAUÍ
SERVIDOR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octo Tito 1820, Pádua - Fone: 96 3125 4873

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FORMULÁRIO DE ENTRADA - BE

O PACIENTE:

FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Mãe: JOANA DE OLIVEIRA

Pai: LUIS HONORIO DE SOUSA

Prontuário: 421435

Residência: RUA JAVESSA JOSE MATADELLANO Nº91 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-970

Nascimento: 28/10/1958

Idade: 57a:11m:0d

Sexo: Feminino

Fone: 86-95326-918

Marido: ANTONIA LUCIA DE SOUSA

CNS: 708103567416435

Ocupação: PROFESSORA APOSENTADA

Documento: RG: 554153 - SSP PI

Educação: Superior Completo

E.Civil: Casado(a)

Local: - - -

DO ATENDIMENTO:

572021

Data: 28/09/2016 13:13:14

Condução: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

SA Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Convênio: S U S

Trabalho:

Acid. Trajeto: Não

Acid. Trab. Típico: Não

CID Secundário: V299

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Síntoma:

Evento Principal:

Mecanismo do trauma significativo

Destino:

CIRURGIA GERAL

Classificação:

Laranja

Local:

ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, COM 10. REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA EM MSP, TRAUMA EM MEX. A PRONTO-SO

Profissional Clas. Risco:

SABRINA LOBÃO C. MAIA DE SOUSA

COREN - 207590

Em: 28/09/2016 13:24:30

CLÍNICOS:

(Hora: :)

paciente com queixas de dor e mobilização do MSE

Sinais: Abolam com exacerbação e dor distal leve

HUT-SAME

23 JAN 2017

Temperatura:

Pulso:

FC:

CONFIRMAÇÃO DE RISCO

SERVIDOR

CID:

MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Plata X radiográfica W abdome + R de

crânio e MSE

ALTA/ENCERRAMENTO:

HORA:

Dr. S. Barros

Paciente ou Responsável

Dr. Luis Eduardo P. Lima

Assinatura - Profissional Médico

0408020 395 5424

CID

Dr. Cláudio Aguiar

FORMA DE PARECER PROFISSIONAL

NOME DO PACIENTE:

NOME: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA		Prontuário: 421435	
MOTOCICLISTA JOANA DE OLIVEIRA		Pai: LUIS HONORIO DE SOUSA	
Residência: TRAVESSA JOSE MATANTILIANO Nº91 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-970			
Nascimento: 28/10/1958	Idade: 57a:11m:0d	Sexo: Feminino	Fone: 86-95326-918
Responsável: ANTONIA LUCIA DE SOUSA		CNS: 708103567416439	
Profissão: PROFESSORA APOSENTADA		Documento: RG: 554153 - SSP PI	
Educação: Superior Completo		E. Civil: Casado(a)	
Local: - - -			

NOME DO ATENDIMENTO:

Nº: 572021	Data: 28/09/2016 13:13:14	Clas. Cor: Laranja
Tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S D S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/09/16	ESPECIALISTA: Integridade
TÍTULO DA SOLICITAÇÃO: Fratura cominada do dente 4.1. Superior e inferior após trans. Nervosascular OK. anterior Rx: Fratura cominada do dente 4.1. Inferior	
Carimbo/Assinatura Especialista: Dr. Claudio Nogueira CRM 12681	
NOTAS DO PARECER: Data/Hora: / /	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /	ESPECIALISTA: 23 JAN 2017
TÍTULO DA SOLICITAÇÃO: CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL TERESINA, PI, 27/01/16	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
NOTAS DO PARECER: Data/Hora: / /	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/10/16

NOME DO PACIENTE: <u>Francisca Oliveira da Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>421435</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura embaixo do joelho (E)</u>		CIRURGIA: <u>Redução e fixação</u>
ANESTESIA: <u>Dr.</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leandro Ponce Leal</u>	CPF Nº: <u>167 786 998 -4/</u>	
AUXILIAR:	CRM - 2608	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <u>Thés</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	300		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		curpam	11	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodos --	unidade	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Escovas --	"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	unidade	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	unidade	01					
PROLENE							

MUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TEREINHA F. 27/10/16
SERVIDOR:

23 JAN 2017

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Alcantara



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Franusca Oliveira de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Fratura crânio maxila

Operação - Tipo

RAB e placa e osteotomia decorum

Cirurgião

Uchima

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

06.10.16

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

HUT-SANRE
CONFERIR COM O ORIGINAL
TERESINA, 16.11.16
SERVIDOR:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Ponte de decumulo antef
bucal e antepupila; com sutura
linhas posterior; decumulo por placa
Osteotomia do decumulo em U
Linha e mediana do fratura
linhas p/ placas e pontos
fixação do decumulo al. cerlog
Sutura p/ placa
curativos



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Histórico

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENR ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
28/09/11		1 - Dieta geral <i>exigir após 00:00</i> 2 - SE 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV	Visto Nutricionista Adriana Kato CRN 116520	14/11/11 28/09/11 28/09/11	7:51 - Encaminhada p/Cl. Pericardite, orientada, calma. Nega alergia medicamentosa. PA=120x63, P=96bpm. Sem queixas. Ad. Conf. Renato Dias - 14	
		Cirurgia ornamental de Dr. Las. Tru				
		Observar Escarificação antes da cirurgia				
		Visto Nutricionista Adriana Kato CRN 116520				
		EXAME DE URINA EXAME DE FEZES EXAME DE SANGUE				
		O exame urina A S (E) E 810				
		23 JAN 2011				
		José Ferreira Neto CRN 1458 CPF: 098.097.373-00				



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUZA

Diagnóstico pré-operatório

Fim. Ulceras DISTAL (E)

Operação - Tipo

fixação externa

Cirurgião

LAO

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Anestesia

Anestésico(a)

da Operação

220916

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 11/01/17
SERVIDOR

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

23 JAN 2017

① DDL ② ASSG ③ Campos
④ Muro ⑤ fixação externa
⑥ CLAT

Dr. LAO - T. Fronteira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2000 C.F. 15.615.935-7



FOLHA DE ANESTESIA DE OPERAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Franca Oliveira da Silva</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>22/01/16</i>	P. ARTERIAL <i>12x8</i>	PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONquite		
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATÁRAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS		
APLICADO AS				EFETOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
1		1	① <i>propofol 100mg</i>			
2		2	② <i>ce/a 20mg</i>			
3		3				
LÍQUIDOS	SO-LITO 500					
	SANGUE 300					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL						
V O						
PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS			DURAÇÃO <i>1:30h</i>			
TÉCNICAS <i>Spontâneo Pto. Intermitt.</i>			INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS <i>Armando Pto.</i>						
PARTICULARIDADES						

HUT-SANE
COORDENADOR
TERESINA-PI
SERVIDOR

23 JAN 2017

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

307



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1500 Redenção - Fone: 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA** (Prontuário: 421435)
Endereço: TAVESSA JOSE MATARTILIANO N91 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-970
Nascimento: 28/10/1958 Idade: 57a:11m:0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572021
Requisição: 680120 Solicitação: 28/09/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 849820 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 28/09/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Presença de imagem de imagem de textura anecóica em terço superior do rim direito, medindo 2,1 cm.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: não visibilizados.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Cisto renal à direita.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 28/09/2016 3 JAN 2017

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 28/09/2016
SERVIDOR: 2016/09/28

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: F6 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA** (Prontuário: 421435)
Endereço: TAVESSA JOSE MATARTILIANO Nº1 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-970
Nascimento: 28/10/1958 Idade: 57a:11m:0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572021
Requisição: 680120 Solicitação: 28/09/2016 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 849820 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 28/09/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Presença de imagem de imagem de textura anecóica em terço superior do rim direito, medindo 2,1 cm.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Útero: em AVF, com dimensões e volume normais.
- Ovários: não visualizados.
- Musculatura pélvica com espessura e ecogenicidade normais.
- Não há imagens de lesões anexiais detectáveis pelo método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Cisto renal à direita.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 28/09/2016

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

23 JAN 2017

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/16
SERVIDOR: *[Assinatura]*

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA** (Prontuário: 421435)
Endereço: TAVESSA JOSE MATARTILIANO N91 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI CEP: 64280-970
Nascimento: 28/10/1958 Idade: 58a:0m:0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572021
Requisição: 580187 Solicitação: 28/09/2016 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 849897 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 28/09/2016

COTOVELO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva recente distal no úmero distal com desvio.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 28/10/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 04.11.16
SERVIDOR: 91522

23 JAN 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ATO DECLARATÓRIO

Imp: 28/09/2016 13:24:41
(MADRINA LOBAO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA	Prontuário:	421435
Mãe:	ASTROGILDA JOANA DE OLIVEIRA	Pai:	LUIS HONORIO DE SOUSA
End. Resid.:	TAVESSA JOSE MATARTILIANO N91 - SANTA CRUZ - CAMPO MAIOR - PI - CEP: 64280-970		
Nascimento:	28/10/1958	Idade:	57a:11m:06
Sexo:	Feminino	Fone:	86-95326-918
Responsável:	ANTONIA LUCIA DE SOUSA	CNS:	708103567416439
Profissão:	PROFESSORA APOSENTADA	Documento:	RG: 554153 - SSP PI
G. Instrução:	Superior Completo	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	572021	Data:	28/09/2016 13:13:14	Clas. Cor:	Laranja	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	28/09/16	ESPECIALISTA:	Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Fratura crânio distal E. Exame OK ap. trans. Nervos craniais OK Rx: Fratura crânio distal Lq. Fratura		
Carimbo/Assinatura: 			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

DOCUMENTO 2 '72%'



23 JAN 2017

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, FRANCISCO FERREIRA RODRIGUES
 portador do RG: 2.380.750 - PI data de expedição 09 / 08 / 2002
 órgão expedidor SBP / PI CPF: 015.135.903.24
 com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR no estado de PI
 onde resido na LOCALIDADE DE NOVO PARAISO
 número 51N complemento CASA
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA
 cujo condutor era LUCIANA DE SOUSA BARROS
 VEÍCULO: MOTOCICLETA
 ANO: 2010/2010
 MODELO: HONDA / CG 125 FAN ES
 PLACAS: NIT-7033
 CHASSI: 9C2TC4120AK118186
 DATA DO ACIDENTE: / /

Campo Maior, PI, 10.01.2017.

23 JAN 2017

Francisco Ferreira Rodrigues Luciana de Sousa Barros
 Assinatura do Declarante Proprietário Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR-PI

Reconheço a(s) firma(s) de Francisco
Rodrigues

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dout. Campo Maior (PI) 10/01/2017

João Batista Nunes de Sousa - Tabelião

Ana Célia Martins Ribeiro Araújo

Escrevente Autorizada



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR-PI

Reconheço a(s) firma(s) de Luciana
de Sousa Barros

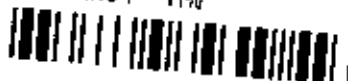
cc. ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dout. Campo Maior (PI) 10/01/2017

Ana Célia Martins Ribeiro Araújo - Tabelião

Escrevente Autorizada





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002325/2016-51

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 08/12/2016 - 16:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2ª DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

PI 115, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/09/2016 - 09:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PROXIMO À PONTE DO JENIPAPO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCIANA DE SOUSA BARROS

RG: 561211786

Mãe: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA JOSÉ MARTILIANO, Nº 81

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9532-6918

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA

RG: 554153 SSP PI

Endereço: TRAVESSA JOÉ MARTILIANO, Nº 91

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9532-6918

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

23 JAN 2017

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE: " NO DIA 28/09/2016 POR VOLTA DAS 09:30H QUANDO A NOTICIANTE ERA CONDUZIDA NA SEGUINTE MOTOCICLETA: HONDA CG 125 FAN ES, 2010/2010, PRETA, GASOLINA, PLACA NIT 7033, CHASSI 9C2JC4120AR118186, RENAVAM 00230084087, CAMPO MAIOR, LICENCIADA EM NOME DE FRANCISCO FERREIRA RODRIGUES, NA PI 115 E NAS PROXIMIDADES DA LOCALIDADE SANTA ALICE AS MESMAS FORAM ATROPELADAS POR UM CARRO QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, OCASIONANDO A QUEDA DE AMBAS DA MOTOCICLETA, ONDE FORAM SOCORRIDAS PELO PROPRIO CONDUTOR DO VEICULO QUE AS LEVOU PARA O HRCM, ONDE AMBAS FORAM ATENDIDAS PELO DR. ERICO PAZ CRM-PI 5577, SENDO QUE A SENHORA FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA FOI TRANSFERIDA IMEDIATAMENTE PARA O HUT, POIS A MESMA SOFREU FRATURAS EXPOSTAS EM BRAÇO ESQUERDO, ONDE FICOU INTERNADA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO E A OUTRA VITIMA PERMANECEU EM OBSERVAÇÃO NO HRCM". DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francisco Das Chagas Silva, Mat. 0095109
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Francisca Oliveira de Sousa
FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
Mat. 9510-9



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002325/2016-51

Delegado de Polícia

23 JAN 2017



Nº DO SINISTRO _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 554.153 - PI EXPEDIDO POR S3P-PI EM 29/01/14 ECPF 207724243-49 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PROFESSORAE RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCA OLIVEIRA DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados os documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

23 JAN 2014

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

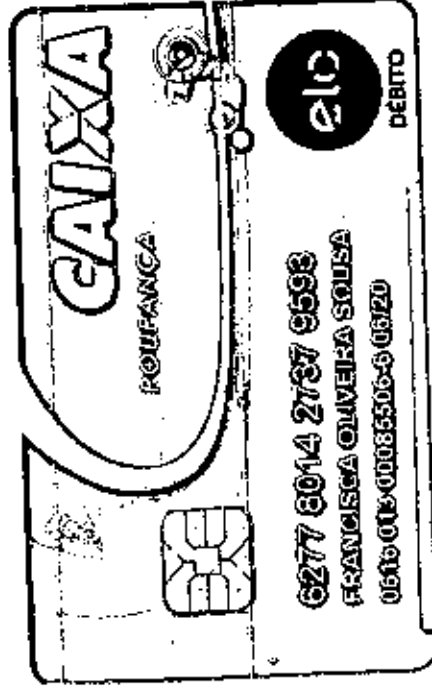
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 85506-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Campo Limão - 16 de JANEIRO de 2017. Francisca Oliveira de Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.ccn.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



23 JAN 2017