

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: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000014858-2

Nr. da Autenticação 69013EA29E12588E

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12566005

A/C: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

Nº Sinistro: 3180002386
Vítima: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS
Data do Acidente: 12/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

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: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003808

Conta: 0000014858-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180002386 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS **Data do acidente:** 12/04/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA LAMINAR EXTRA AXIAL (CRANIOTOMIA FRONTAL A DIREITA). ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações: *MANTIDO O ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

00000000000000000000000000000000

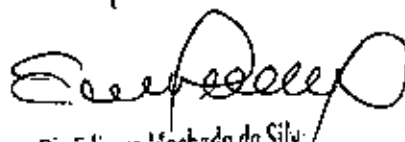
União
20 DEZ. 2017
Seguradora

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARAÇÃO QUE UENIA MACHADO

UENIA MACHADO SANTOS, fêmea vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 12/04/17 às 20:02Hs, tendo sofrido Traumatismo Cranioencefálico, resultando em fratura Fratura Torçoes direitas, Acom^{panhado} extenso Hematomas Epidural, sendo fôc^o realizando uma Craniotomia frontal direita seguida de Drenagem, e fisioterapia, com alta definitiva, resta forte dores, tosse e insônia, com a recuperação física fraca, com de 90%.

21.11.17



Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1584-PI - CRM: 2650-MA
9903-0920/9532-1937/8827-3736

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maria Marcielly Martins Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 440499

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”.





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

WENRO = OK

Imp: 12/04/2017 20:09:47

(Usuário: LETICIA MARIA)
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS	Prontuário:	440499
Mãe:	MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS	Pai:	GILVAM NASCIMENTO SANTOS
End. Resid.:	RUA TERESINHA DE JESUS CS. 07 - SÃO SEBASTIAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	21/09/1999	Idade:	17a.7m.22d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99531-8864
Responsável:	MARIA LUZINEIDE MARTINS	CNS:	898004849809245
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	RG: 4257442 - SSP PI
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	602591	Data:	12/04/2017 20:02:37	Condução:	AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	História de inconsciência	CIRURGIAO GERAL	Amarelo
Breve História: ACIDENTE DE MOTO, ENCAMINHADA DE UNIAO COM RELATO DE VÔMITOS E SONOLENCIA, REFERE CEFALIA, GLASGOW 15. EUPNEICA.		Profissional Clas. Risco: LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA COREN 158937 Em: 12/04/2017 20:09:46	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 20:22)	
Parapneumotórax de moto, não alcoolizável, não se lembra ou se ao trabalho. Bolson com queixas, inchaço e pontos prontos. Pupila esquerda, 3mm, direita, 4mm. Espirômetro com queixas de tosse.	
A. Visão aérea péris.	G/5
B. Espirômetro	
C. Raio-péris	
D. Exame de urina	
PA: 120/80 mmHg	FC: 100 bpm
Temp.: 36,5°C	CID: V299
Diagnóstico Inicial: Politrauma	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
EXAME: RADIOLÓGICO DATA: 12/04/2017	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
DATA: 12/04/2017	HORA: 20:22
Se Internação, indique o Procedimento e CID	
0415022027 Procedimento	

Maria Luzineide Martins
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Profissional Médico

União
20 DEZ. 2017
Seminadora



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

188335

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIIH : 221710028293-8
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR : H.U.T. (PROF. ZENON ROCHA)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEREZINHA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEREZINHA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

6 - Prontuário: 440499

7-CNS: 698004849809245

8-Nascimento: 21/09/1999

9-Sexo: Feminino

RG: 4257442 - SSP PI

11-Mãe: MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS

12-Fone: 86-99531-8864

13-Resp: MARIA LUZINEIDE MARTINS

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: RUA TERESINHA DE JESUS CS 07 - SAO SEBASTIAO - CEP: 64120-000

16-Munic: UNIAO

17-Cod. IBGE: 221110

18-UF: PI

19-CEP: 64120-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Relato de queda de moto há 8 horas. Evolui com cefaléia intensa.

21 - Condições que justificam a internação:

Risco de vida.

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

TC de crânio - hematoma epidural frontal direito.

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Seq:

26-CID C.Ass:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

9-Cod.Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

0315020077

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

29-Clinica:

30 Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

788.537.703-25

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

34-Data Solicitação:

12/04/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

43-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Maria Luzineide Martins dos Santos

20-04-2017 21:20:14

Seguradora



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

188335

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente:

Centro Cirúrgico

Nome:	MARIA MARCIelly MARTINS SANTOS	Prontuário:	440499	Cod. Internação:	188335
Mãe:	MARIA LUZYNEIDE MARTINS DOS SANTOS	Nascimento:	21/09/1999	Cartão SUS:	995004949809143

Equipe:

Cirurgião:	MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA (CPF:)	1o. Aux.:	(CPF:)
2o. Aux.:	(CPF:)	3o. Aux.:	(CPF:)
Instrumentador:	(CPF:)	Anestesiista:	(CPF:)

Relatório:

Data Cirurgia:	Início:	Fim:	Tipo Cirurgia:	Tipo Anestesia:	Sala Cirúrgica:
12/04/2017	22:00	23:30	NEUROLÓGICA	GERAL	?

Diagnóstico Pré-Operatório:

HEMATOMA EPIDURAL

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:

NÃO

Diagnóstico Pós-Operatório:

CONFIRMADO

Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

- ANESTESIA GERAL + INTUBAÇÃO GLOTTAL + VENTILAÇÃO MECÂNICA
- DECÚBITO DORSAL+COXIM SOB OMBRO DIREITO+ LEVE ROTAÇÃO LATERAL DA CABEÇA
- TRICOTOMIA E ANTISSEPSE E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- INCISÃO DA PELE E DO SUBCUTÂNEO EM FORMATO HEMICORONAL DIREITA + ANESTESIA LOCAL
- CRANIOTOMIA FRONTAL DIREITA COM AUXÍLIO DE CRANIÓTOMO
- DRENAGEM DO HEMATOMA EXTRADURAL AGUDO
- HEMOSTASIA COM BIPOLAR E SURGICEL E ANCORAMENTO DA DURA-MATER COM FIO PROLENE
- CRANIOPLASTIA COM RECOLOCAÇÃO DO "FLAP" ÓSSEO E FIXAÇÃO COM FIO MONONYLON
- INSTALAÇÃO DO DRENO SUCTOR TIPO "HEMÓVAC" NÚMERO 3.2.
- FECHAMENTO POR PLANOS E CURATIVO COM GAZES E ATADURA.

Código:	Descrição:	Proc. Rea:	Proc. Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
0415030077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	Sim	Não	0,00	0,00
0403010076	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	Não	Sim	818,64	680,08
0403010012	CRANIOPLASTIA	Não	Não	798,64	302,40
0403010349	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA /	Não	Não	694,93	107,12

Dr. Marcilio Diogo de Oliveira Barbosa
Neurocirurgião
CRM 13100

Nemesis Assistência Médica
RUA...
SANTO...
Contate com...

União
20 DEZ. 2017
Seguradora



PRESCRIÇÃO MÉDICA

H.U.T. - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME:

Monica Marcelly Martins Santos

PRONTUÁRIO

440444

CLÍNICA

neuro

ENE ou APT

243

LEITO

143

MÉDICO ASSIST.

RELATÓRIO ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO/ EVOLUÇÃO MÉDICA MÉDICA

CÓDIGO

12/04/2017

POE de H30

Dr. Márcio Pinheiro de Oliveira Brito
Neurocirurgião

1. Dieta 3300

2. SF 091 + 2000 24/24

3. MCE 10x 1g / cada SF

4. Hidratação 2ml + 10 (C) de 818

5. Paracetamol 500 + 10 (C) de 818

6. Paracetamol 2ml + 10 (C) de 818

7. Paracetamol 100 + 10 (C) de 818

8. Paracetamol 1 (C) de 818

9. Paracetamol 1 (C) de 818

10. Suco de 818

11. Suco de 818

12. Suco de 818

13. Suco de 818

14. Suco de 818

15. Suco de 818

16. Suco de 818

17. Suco de 818

18. Suco de 818

União

20 DEZ. 2017

Seguradora



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/04/17

NOME DO PACIENTE: Maria Marcelly M. Santo	PRONTUÁRIO Nº: 440499
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO:	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Ana Karla	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 16	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7-5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8-0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO Nº 80	UNID.	01		filho Nº 14		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Wipon		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Surgical		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Dreno Sutor n. 3.7		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	UNID.	06					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0		02		CIRCULANTE: Valdeir			
PROLENE 5-0		02					

Memorial Médico de Centro Médico
Nº 14
Data 12/04/17
Original

União
20 DEZ. 2017
Seguradora



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Maria Mozilley Martins Santos

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Vanessa Karla

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Nome do Paciente: Maria Mozilley Martins Santos
Nº do Cartão: 70001
RACE-HUT
Centro Cirúrgico

União

20 DEZ. 2017

MOD. 76 - HUT

Seguradora

FOLHA DE ANESTESIA

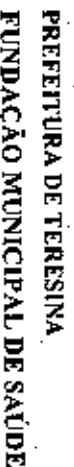
UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE		MARIA MARCILLY MARTINS JARDIM		Nº DE REGISTRO	
DATA	12/04/17	P. ARTERIAL	130 x 80	PULSO	70
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONquite	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARAXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS	
				FÍSICOS	
				APLICADO AS	
				EFEITOS	
				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 100%			
LÍQUIDOS		SOLUTO 500			
		SANGUE 300			
		OUTROS 100			
TEMPERATURA T		38			
P. ARTERIAL		120			
V. O		180			
PULSO		70			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		100			
RESPIRAÇÃO O		20			
SÍMBOLOS		DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES		DRENAGEM DE abscesso extraoral			
CIRURGIÕES		MARCILLY			
ANESTESISTAS		Dr. Leonardo Machado Martins			
PARTICULARIDADES		Voluntade consentida e não há outras			

MOD. 76 - HUT





PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA DE NASCIMENTO		CLÍNICA		ENF. ou APT.	
Mariana Marcielly Martins Santos		ADM: 12/04/2017 440499		21/09/1999 17d		Neurologia		213	
HISTÓRICO ATUAL E COMORBIDADES				DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE			
65 op HEDa frontal D				17/04/2017		Marcilio			
LEGIAS				HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
Prescrição: <i>Arquivo</i>						<i>por pt de alto risco</i> <i>Dr. Marcilio Bassani</i> <i>Coord. de Eletro</i> <i>CRM: 220.417</i>			
1. Dieta Branda									
2. SF 0,9% 1000ml EV dia									
KCL 10% 10ml/soro									
3. Omeprazol 40mg VO em jejum									
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)									
5. Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)									
6. Fenitoína 100mg VO 8/8h									
7. Halodol 1amp IM (SOS)									
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)									
9. Tylex 30mg VO 6/6h									
10. SSV 6/6h									
Conferido com Original <i>[Assinatura]</i> Dr. Daniel Figueira M. de Castro MD Neurocirurgia CRM: 220.417									

WEDICO/CRM:



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 12/04/17 HORA: 18:30 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Dr. José da Rocha MUNICIPIO: União

MÉDICO: Ana Louisa Medeiros e Filho CRM: 6372

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Maria Apucielly Martins Saut

Data de Nascimento: 21/09/99 Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional da Saúde: _____

Município de Procedência: União

HDA: Paciente vítima de queda automobilística (motocicleta) no
mês de abril com hemiparesia e sequelas.

HD: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS:

T ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa SFO, 91%
() Aspiração () Medicação (especificar) Plom
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT Senha: 2047041214654

Clínica/Posto: _____



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PDS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Maria Marcelly M Santos</u>	IDADE <u>anos</u>	DATA <u>1</u> / <u>1</u> / 2017
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>08:30</u> hs <u>30</u> min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Proctomia de HGO</u>	CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/58</u>	<u>108 x 57 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>103</u>	<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		<u>36,8</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Rimla</u>	<u>Rimla</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-40% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta criança é orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL	<u>09</u>	
ESCALA DE DOR ALTA 			Assinatura da Prática Enfermeira COREN-PI 312.232		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

08:30h: Admissão na SRPA, em PDS - Proctomia de HGO, sob efeito de anestesia geral, consciente, com ventilação pulmonar adequada. Paciente respira em ambiente de oxigênio. AP físico sem alterações.

08:30 Alta da SRPA, recuperada

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () MÉD

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dra. Elise Elka Biondi
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PR 3335

União
20 DEZ 2017
Registadora

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1810 - Redenção - Fone: 96 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS** (Prontuário: 440499)
Endereço: RES TERESINHA DE JESUS CS 07 - SAO SEBASTIAO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 21/09/1999 Idade: 17a:7m:26d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 602591
Requisição: 734329 Solicitação: 12/04/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 914563 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 12/04/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PEQUENA FRATURA EM TRANSIÇÃO FRONTO-TEMPORAL À DIREITA, ANTERIORMENTE.
- HEMATOMA EPIDURAL (6,7 x 3,3 CM) NA CONVEXIDADE FRONTAL ANTERIOR À DIREITA.
- PEQUENO HEMATOMA EPIDURAL (2,5 x 1,1 CM) JUNTO AO POLO ANTERIOR DO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- NOTA-SE LEVE DESVIO DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

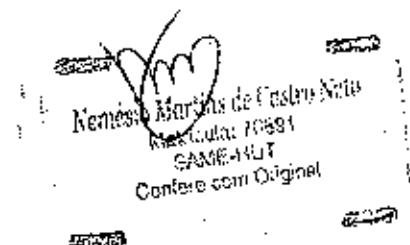
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 16/04/2017

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 - CRM: 2000

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS** (Prontuário: 440499)
Endereço: **RES TERESINHA DE JESUS CS 07 - SAO SEBASTIAO - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
Nascimento: 21/09/1999 Idade: 17a:7m:26d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 188335
Requisição: 735133 Solicitação: 16/04/2017 Solicitante: RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO
Controle: 915570 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 213 LEITO 143

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/04/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTAL À DIREITA.
- HEMATOMA LAMINAR EXTRA-AXIAL CONTENDO BOLHAS GASOSAS, NA REGIÃO FRONTAL DIREITA.
- PEQUENO HEMATOMA EPIDURAL (2,7 x 1,4cm) JUNTO AO POLO ANTERIOR DO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- NOTA-SE LEVE DESVIO DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

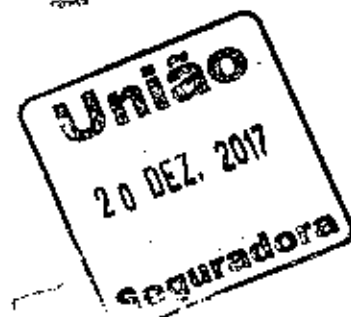
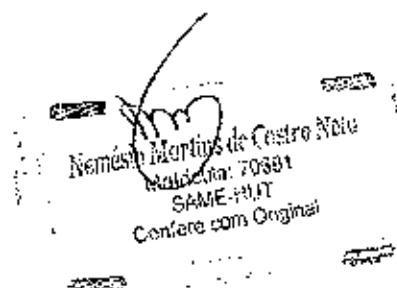
(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 16/04/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA

CC: 2836420 SSP RJ

CPF: 055.051.119-03 DATA NASCIMENTO: 15/07/1993

PERIODO: JOSE DE RIZENAR SOUSA

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA

RG: 45825416338 DATA DE EMISSÃO: 28/08/2016

PI: 5213817605

DETRAN-PI (A.P.A.U.)

1090955829



2017 04 12 14 54

Obs. Vermelho

HOSPITAL Dr. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR: *Crustome*

DATA: 12/04/17

HORA: 13.02

01. DADOS DO PACIENTE.

NOME: *Maria Marcelly Martins Santos*

DATA NASCIMENTO: 21/09/1999

IDADE: 18 anos

SEXO: F

NOME DA MÃE: *Maria Luzinete Martins Santos*

CNS: 398 0030 117993558

RG:

CONTATO: 895318864

ENDEREÇO: *Rua 07*

CEP: 64120-000

BAIRRO: *São Sebastião*CIDADE: *União*UF: *PI*

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA
 ☐ CENTRO DE SAÚDE
 ☐ SAMU
 ☐ PM
 ☐ BOMBEIRO
 ☒ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA:

☐ TRAUMA☐ CLÍNICA☐ PEDIATRIA

TAMBC:

PA:

SAT.02:

T:

DOR:

ECG:

GLICEMIA:

PESO:

ALTURA:

DISCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

pac. vítima de acidente de moto, com hematomas no crânio

VERMELHO ☐LARANJA ☐AMARELO ☐VERDE ☒AZUL ☐

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Vítima de acidente de moto, apresentando hematoma em couro cabeludo (reg. fronto-parietal @). S.F.

04. EXAMES COMPLEMENTARES

☒ LABORATORIAL☐ RX☐ US

05. DIAGNÓSTICO

Acidente automobilístico

11865% — *soome @* 21/09/1999

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

1/ Voltaren 75mg — *01 Aup @* 12/04/172/ Dipirona — *01 Aup @* 12/04/17

3/ Raio X Face

4/ Coupl. B + Vite — *no novo 12/04/17*

07. CONDUTA

☐ ALTA☐ OBITO☐ EVASÃO

TRANSFERIDO PARA:

☐ INTERNAÇÃO☐ URGÊNCIA☐ CENTRO DE SAÚDE

DE HORA/SAÍDA

☐ URGÊNCIA☐ EMERGENCIA☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRMENFERMEIRO(A)
COREN

Comprovação de ato declarado

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 11/08/17

ANTONIA R. VIANA DA SILVA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001479/2017-00

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Thiago Da Silva Macedo

Data/Hora: 23/08/2017 - 10:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

PI 112 PROXIMO A VILA NOVA CONQUISTA, Nº

Complemento

Data/Hora

12/04/2017 - 20:02

Bairro

VILA NOVA CONQUISTA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

RG: 4.257.442 SSP/PI

Mãe: MARIA LUZINEIDE DOS SANTOS

Endereço: RUA 04 C-07, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9531-8864

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Boletim de ocorrência



Nome: MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS

RG: 505743462 SSP/SP

Mãe: MARIA FRANCISCA DE SOUSA

Endereço: RUA 04 C-07, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9531-8864

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEICULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA 125 FAN

2014 OEI2382

9C2JC4110ER720763

01006090255

Preta

Condutor: MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS

RG: 505743462 Órgão: SSP/SP UF: SP

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

Proprietário: MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS

Cidade: UNIÃO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADA COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA, PARA INFORMAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA COM SUA FILHA MARIA MARCIELLY QUE ESTAVA DE PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA, QUANDO VINHA UM RAPAZ EM UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE NÃO FOI IDENTIFICADO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA NOTICIANTE, E QUE A NOTICIANTE E SUA FILHA CAIRAM A NOTICIANTE AFIRMA QUE TEVE FERIMENTOS LEVE MAS JÁ SUA FILHA AO CAIR, CAIU COM A CABEÇA NO CHÃO E DESACORDOU E QUE LOGO EM SEGUIDA POPULARES PRESTARAM SOCORRO E LEVARAM AS DUAS PARA O HOSPITAL, E TENDO COMO TESTEMUNHA NATÁLIA DA CUNHA SILVA RG 2.277.572 RESIDE NA LOCALIDADE SÃO JOAQUIM E ANA MARIA DA COSTA CUNHA RG 2795664 RESIDE NA QUIETINHO BOCAIÚVA S/N CASA 02

ORIGINAL PROCESSO 3170/525.842

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001479/2017-00

Thiago Da Silva Macedo - Mat. 2823403
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS
MARIA LUZINEIDE MARTINS DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela informação

Delegado de Polícia





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

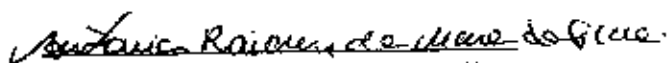
CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a paciente **Maria M Martins Santos**, conforme ficha de atendimento deu entrada neste hospital no dia 12 de abril de 2017, às 10h49min, vítima de acidente moto ciclístico. A mesma foi socorrida pela ambulância desta unidade de saúde sendo encaminhada para os primeiros atendimentos.

União (PI), 11 de agosto de 2017.


Antônia Raimunda Viana da Silva
Servidor (a)



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

Sinistro: **3180002386**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RESIDENCIAL TERESINHA DE JESUS nº 07 - SÃO SEBASTIÃO - UNIAO/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4257442**
Data e local do acidente: **12/04/2017 UNIAO/PI**
Data e local do exame: **16/03/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIANO.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA LAMINAR EXTRA AXIAL (CRANIOTOMIA FRONTAL A DIREITA). ESTA DE ALTA MEDICA.

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

SINISTRADA EVOLUIU COM CEFALIA POS TRAUMATICA, ALTERAÇÃO DE MEMORIA, ALTERAÇÃO DO EQUILIBRIO EM USO REGULAR DE FENITOINA.

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

☒ SIM

☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

MANTIDO O ENQUADRAMENTO DO EXAMINADOR -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 52595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM



Seguradora

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO

E INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para:



tp://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

083.237.823-73

Nome completo da vítima

Maria Marcielly Martins Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Marcielly Martins Santos		CPF titular da conta 083.237.823-73		Profissão Estudante	
Endereço QD. 04 Residencial Teresinha de Jesus		Número 07		Complemento	
Bairro São Sebastião	Cidade União	Estado PI	CEP 64520-000		
Email			Telefone (DDD) 86-99534 8864		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRD.

3808

D/V

CONTA

NRD.

34858

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRD

AGÊNCIA

NRD.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRD.

D/V

(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.

Teresina - PI, 30 de Novembro de 2017

Local e Data

x Maria Marcielly Martins Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU-TERE
DATA: 28/08/2017 HORA: 15:55:07
TERMINAL: 20041010 CONTROLE: 200410100279

QUITA CREDITADA: 3008.013.00014858-2
NOME: MARIA MARCIELLY MARTINS SANTOS

