



Scanned by CamScanner

**DECLARAÇÃO DE CARÊNCIA**

**LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA**, brasileira, piauiense, solteira, estudante, devidamente, ASSISTIDA por **FRANCISCO JEANE DA SILVA**, brasileiro, piauiense, casado, representante comercial, portador do RG 1855332-89, SSP-PI e CPF nº 207.760.043-87, residente e domiciliado na Rua São Francisco, nº 1179, Bairro Paciência, Piripiri – Piauí, CEP 64.260-000, DECLARA, para os fins de obtenção de **BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA**, que é pessoa pobre na forma da lei, não podendo arcar com despesas decorrentes de serviço judicial sem que se prive do sustento próprio e de sua família. E por ser expressão de verdade, firma e assina a presente declaração, sob as penas da lei.

Piripiri-PI

10/04/2019



**FRANCISCO JEANE DA SILVA**



*Dra. Luisa Eudes da Silva*

OAB/PI 14.406

(86) 9 9987-8041

(86) 9 8114-0956

dra.luisaeudes@outlook.com

**PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”**

**LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA**, brasileira, piauiense, solteira, estudante, devidamente, ASSISTIDA por **FRANCISCO JEANE DA SILVA**, brasileiro, piauiense, casado, representante comercial, portador do RG 1855332-89, SSP-PI e CPF nº 207.760.043-87, residente e domiciliado na Rua São Francisco, nº 1179, Bairro Paciência, Piripiri – Piauí, CEP 64.260-000, nomeia e constitui seus procuradores a **Dra. LUISA EUDES DA SILVA**, brasileira, piauiense, solteira, advogada inscrita na OAB/PI sob o nº. 14.406, e o **Dr. CAIO MARTINS PINTO**, brasileiro, cearense, solteiro, advogado inscrito na OAB-PI, sob o número 13.291, ambos com escritório situado na Rua Professor Tomaz da Cunha, Número 707, Bairro Floresta, Piripiri – PI, CEP 64.260-000, telefones (88) 99654-3003 e (86) 9 8157-0339, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, com cláusula “ad-judicia ET EXTRA”, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar qualquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a qualquer instancia e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

PIRIPIRI

10 de abril de 2019

**LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA**



*Dra. Luisa Eudes da Silva*

OAB/PI 14.406

(86) 9 9987-8041

(86) 9 8114-0956

[dra.luisaeudes@outlook.com](mailto:dra.luisaeudes@outlook.com)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PIAUÍ  
COMARCA DE PIRIPIRI  
MUNICÍPIO DE PIRIPIRI  
DISTRITO DE PIRIPIRI

CARTÃO DE REGISTRO CIVIL  
Nº 12.651-  
Data de Nascimento: 01 de julho de 2003  
Nome: LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA  
Sexo: F  
Idade: 13 anos  
Estado Civil: Solteira  
Religião: Católica  
Assinatura: [Assinatura]

Oficial do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº 12.651-**

CERTIFICADO que, às fls. 2003, do livro nº 8-11-X, do Registro de Nascimentos, foi lavrado, hoje o assento de LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA, nascida em 01 de julho (01) de 2003, às 17 horas e 40 minutos, em a maternidade Dr. João Bandeira Monte, nesta Cidade de Piripiri - Piauí, filha de Francisco Jeane da Silva e de Marta dos Remédios Sousa Santos, natural de Piripiri - Piauí, e de Marta dos Remédios Sousa Santos, natural de Piripiri - Piauí. Sendo avós paternos Antonio Raimundo da Silva e Maria Moreira Melo da Silva, e avós maternos Anísio José dos Santos e Francisca Gonçalves de Sousa Santos. Foi declarante, o pai da registrada, Francisco Jeane da Silva, e serviram de testemunhas as constantes do termo. Observações: Feita a leitura ao declarante, na forma do art. 38, da Lei nº 6.015, de 31.12.73, cancelou-se a expressão supra: "mil novecentos e". Nada há a ressaltar.

O referido é verdade e dou fé.

Piripiri-PI

01 de julho

de 2003.

Oficial

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 103331.001771/2018-42

Unidade de Registro: 8º DRPC - PIRIPIRI Resp. pelo Registro: Rhobson Thiago De Moraes Freitas

Data/Hora: 31/10/2018 - 13:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE PIRIPIRI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PIRIPIRI

Endereço

POVOADO BANDA - CALDEIRÃO, Nº

Complemento

RODOVIA VICENTE FIALHO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO MERCADINHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA

RG: 630314391

Mãe: MARTA DOS REMÉDIOS SOUSA SANTOS

Endereço: LOCALIDADE BATATATA CEP 84250000, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: PIRIPIRI

Tipo Envolv.: VITÍMA FATAL

Nome: FRANCISCO JEANE DA SILVA

RG: 18553288

Endereço: RUA SÃO FRANCISCO, Nº 1178

Bairro: CENTRO

Cidade: PIRIPIRI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. OUTROS

Condução: LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA

Cidade: PIRIPIRI UF: PI Bairro:

Proprietário: ANÍSIO JOSÉ DOS SANTOS

Cidade: PIRIPIRI UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2012 ODV7426 908KE1560C0011792

Renavam: Cor:

00473640341 Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE SUA FILHA, LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA T115 CRYPTON K PLACA ODV-7426, CHASSI 908KE1560C0011792, COR PRETA, RENAVAM 00473640341, DE PROPRIEDADE DE ANÍSIO JOSÉ DOS SANTOS, AVÔ DA VÍTIMA, E QUE ELA ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA. ESTAVA SE DESLOCANDO PARA COMPRAR UM ESPETINHO NO POVOADO BANDA / CALDEIRÃO PIRIPIRI-PI. QUANDO OUTRA MOTOCICLETA SURTIU NA RODOVIA SEM OBSERVAR QUEM TRANSITAVA POR ELA E ACABOU POR COLIDIR COM A MOTOCICLETA QUE A VÍTIMA ESTAVA. ESTA CAIU DA MOTOCICLETA. QUEBROU UM DEDO DA MÃO DO LADO ESQUERDO E TEVE VÁRIAS ESCORAÇÕES PELO CORPO CONFORME LAUDO MÉDICO. QUE DEPOIS DA Queda, POPULARES A LEVARAM AO HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES DE PIRIPIRI. TESTEMUNHAS: FRANCISCA DAS CHAGAS DE MENESES, RG: 4.558.173; CPF: 069.874.453-54 E RAIMUNDA ELIANE DE SOUSA SANTOS RG: 1.739.101; CPF: 00001892411369

Rhobson Thiago De Moraes Freitas  
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO JEANE DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela informação

## SINISTRO 3190058815 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** PACHECO

JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP




**BENEFICIÁRIO** LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA

**CPF/CNPJ:** 20776004387

**Posição em 09-04-2019 09:41:47**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
09/02/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	
25/01/2019	Aviso de Sinistro	
25/01/2019	Exigência Documental	



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANISIO JOSE DOS SANTOS,  
RG nº 699839, data de expedição 05/01/18,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 349.356.143-15, com  
domicílio na cidade de PERIPIRI, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
LOCALIDADE BATATA- ZONA RURAL, nº 5A,  
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 LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA, cujo o condutor era  
LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA.

Veículo: YAMAHA T115 CRYPTON K  
Modelo: 2012  
Ano: 2012  
Placa: ODV-7426  
Chassi: 9C6KE1560C0011792  
Data do Acidente: 05-07-2018  
Local e Data: PERIPIRI-PI 15-01-2019

Anisio Jose dos Santos  
Assinatura do Declarante

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



**Jônatas Melo**  
Tabelião Público  
Cartório do 1º Ofício - Jônatas Melo  
Piripiri - PI



O PIAUÍ

FAZENDA

TERMO DE ANISTIA IPVA

Nº 11254705060243-0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

833

DETRAN - PI  
0120180273418Nº 013390482775  
58459559234CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
0574009b9bf9f01e5263cb40d86deb7f295fe072618

VIA

COD RENAVAM

ENTR

1

00473640341

NOME/ENDEREÇO

ANISIO JOSE DOS SANTOS

LOC BATATA  
ZONA RURAL00000  
PIento  
ao  
da  
nto,

CFC/CMV

34935614315

PLACA

ODV-7426

NOME ANTERIOR

LUIZ MATIAS GOMES

PLACA ANT/LP

CHASSI

9C6KE1560C0011792

203,69

203,69

EDICION

PAS/MOTONETA /NENHUMA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANOTAB

2012

ANO MOD

2012

CAP POT/VOL

02P/0114CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

0

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES

LOCAL

PIRIPIRI

DATA

05/07/2018

ASSO MARTINS DO REGO LORAO  
GERENTE GERAL DO DETRAN - PI

TAXA DE 01

2

81,29

81,29

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

317. Vencimento das parcelas subsequentes: dia 25 de cada mês, a partir do mês



LARA GEISIANE SANTOS SILVA HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
PS 77751  
PA

E



Level: 1312  
Window: 2674

Tec: JACKELINE  
Fecha: 12/07/2018 Hora: 17:57

LARA GEISIANE SANTOS SILVA HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
PS 77751  
PA

E



Level: 800  
Window: 1698

Tec: JACKELINE  
Fecha: 12/07/2018 Hora: 17:58

SUS 154 4017 4590 5112



HOSPITAL REGIONAL  
CHAGAS RODRIGUES  
CNPJ: 08.553.564/004-80 - PIRIPIRI-PI  
E-mail: hr@saude.pi.gov.br



FEPISERH  
Fundação Estadual Piauiense  
de Serviços Hospitalares

## CONSULTA ESPECIALIZADA

Nome: Lara Juliana F. Felpa / LARA GYSIANNY SANTOS SILVA  
Data de Nascimento: 26 02 03 Mãe: Mª RENEZILDA SANTOS SILVA  
Endereço: BNATAS / CRUZEIRO  
Município: PIRIPIRI  
Diagnóstico Provável: Queda de leite  
Exames: Sim ( ) Não ( )  
Data da Consulta: 05/07/18

Assinatura do Médico e Carimbo

X

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

OBS: A Consulta é paga pelo SUS. É proibido a cobrança de qualquer taxa.



Secretaria de Saúde  
ASSEPLAN / Centro de Informações de Saúde

Hospital Regional de Piripiri

Ficha de Observação - S.P.S.

NOME DO PACIENTE:	LARA GYSIANNY SANTOS SILVA	IDADE:	SEXO
ENDERECO:	Localidade Batatas 2. Rural	ENTRADA	SAIDA
	Caldirão / Piripiri	05-07-18	1-1-18
Q.P.			
DADOS CLÍNICOS:			
DIAGNÓSTICO:			

PRESCRIÇÃO	H. DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	RUBRICA
• Fratura em mão F.			
1) Solução analgésica intravenosa			
2) Etosupina 1amp + 1amp SFV			
Dr. Lucio Garibaldo de Sousa			
CRM: 6499			
fratura por queda de mão, com			
fratura exposta de 3.0 & 7.5 com			
lesão grave de partes moles, ruptura			
de osso, fratura fechada e			
semis - deslocada. Lesão grave			
de nervos. Col - LMC + MTH, etc			



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
AV. DR. PADUA MENDES, 300  
PIRIPIRI/PI

DIONE

## BOLETIM DE ADMISSÃO

Identificação	1013999
Data:	06/07/2018
Hora:	7:39

**33346 - LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 26/01/2003 - 15 ANOS, 6 MESES, 11 DIAS**

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM03- CLINICA MEDICA Leito: CM0301 Naturalidade:  
Médico: 4427 - FELIPE VERNER PAGNONCELLI  
C/N: CNS: 184401746900007

Escolaridade: RG: 630314391 Bairro: ZONA RURAL  
CPF: Telefone: ( ) -

Endereço: CALDEIRAO, N° 0 - CEP: 64260-000  
Cidade: 2208403- PIRIPIRI/PI Profissão: ESTUDANTE

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS SOUSA SANTOS

Pai: FRANCISCO JEANE DA SILVA

Responsável: LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - S62-FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

Diagnóstico Definitivo: *fract - 3.º QDC + fratura*

### Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado
<input type="checkbox"/>	Melhorado
<input type="checkbox"/>	Inalterado
<input type="checkbox"/>	Piorado

<input type="checkbox"/>	Removido
<input type="checkbox"/>	Pedido
<input type="checkbox"/>	Evasão
<input type="checkbox"/>	Indisciplina

<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Obito

Transferido

### História Clínica

*trans com fratura*

*leve estresse do 3.º QDC*

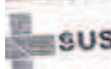
Diagnóstico Provável

*fract - 3.º QDC + fratura leve*

Dra. Felipe Verner Pagnoncelli  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18440174627

PROFISSIONAL



 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES				2 - CNES 2777746 4 - CNES 2777746	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 164401745900007 10 - NOME DA MÃE MARIA DOS REMEDIOS SOUSA SANTOS 12 - ENDEREÇO CALDEIRÃO, 0 - ZONA RURAL 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PIRIPIRI				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 33346 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 2 11 - TELEFONE DE CONTATO ( ) - 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2208403 15 - UF PI 16 - CEP 64260-000	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p>trauma por queda de moto, com            lesão esternal e fratura de pelvis do            3.º QRC</p> 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO <p>o quadro atual</p> 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p>fratura + EF + B</p> 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p>frat. 3.º QRC</p> 21 - CID PRINCIPAL <p>S66</p> 22 - CID SECUNDÁRIO <p>Y343</p> 23 - CAUSAS ASSOC.					
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p>cirurgias múltiplas</p> 25 - N.º DO DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p>0408020040419070012</p> 26 - CLÍNICA CLÍNICA MÉDICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA 28 - DOCUMENTO ( ) CNS (x) CPF 29 - N.º DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <p>6719078338</p> 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <p>Dr. Tiago dos Santos Silva</p> 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <p>06/07/2018</p> 32 - ASS. E CARIMBO (N.º DO CRM) <p>17. FEBRIL 18</p>					
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b> 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR TIAGO DOS SANTOS SILVA 44 - COD. ORGÃO EMISSOR M230350101 45 - DOCUMENTO ( ) CNS (x) CPF 01471547310 46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.					





ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME		Isara Gyscanny Santos Silva					
DATA	ENFERMARIA					CLÍNICA	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO							
TIPO DE CIRURGIA							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDIACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	UREIA / CREATININA	SODIO / POTASSIO	PLAQUETAS		TAP / TTPA / RNI		OUTROS
ALERGIAS							
COMPLICAÇÃO EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JULIM	ESTADO FÍSICO	EKG	Rx TORAX	ANESTESIA PROPOSTA			ELETTIVA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/>

EC/SCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OB. COMPLEMENTARES
EM ESTADO GERAL	HEMODINÂMICA ESTÁVEL	EUPNEIA	ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LUCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TACICARDIA	TACUPNEIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNEIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PALIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUIDO	DESCORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBLOS	ANSIOSO	
DESIDRATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ICTÉRICO	CHOQUE	RONCO / ESTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDIACO R-2T	TOSSSE	ISOCORIA	
CIAOTICO	ARRITMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA	ANISOCORIA	
ACIAOTICO	EXTRASSISTOLES	SUDORESE	DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA	DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO			
A G E N T E	Oxigênio L/MIN		
	Oxido NITROSO L/MIN		
	HALOTANO		VOL. TOTAL
	ISOFLURANO		VOL. TOTAL
	DEVOFLURANO		VOL. TOTAL
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS			









ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 12/07

ENFERMARIA/LEITO:

CLÍNICA:

NOME:

Isa Gysmarry Faria S&B

CID

T010

DIAGNÓSTICO:

Fleum de M&O

CIRURGIA:

LMC

PROCEDIMENTO:

0413040178

CIRURGIÃO:

Dr. F&ly

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

Dr. R&t

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Fleum de M&O sob ep&ute. An&ste.  
An&ste. 1 pul&e. R&pe  
An&ste. de F&O  
LMC  
F&ly  
F&ly  
F&ly  
An&ste

Dr. F&ly V&ntes  
MEDICO / CARIMBO / ASSINATURA



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 12/2 ENFERMARIA/LEITO: CLÍNICA:

NOME: Lana Gysmarry Fontes Sil

DIAGNÓSTICO: fratura 3.ª QP

CID: S626

CIRURGIÃO: ortossincla frad. 3.ª QP

PROCEDIMENTO: 09081020392

CIRURGIÃO: Dr. Kelly

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Ruy

INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

Paralela em AM de 45° sobre o eixo  
Anter + Ant - sup  
Abertura de fr  
LHC  
Adução  
Extensão  
Supinação  
Sutura  
Albano

Dr. FELIPE VERNES MACHADO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PI 8425





ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES  
BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

NOME: Joana  
ENFERMARIA: Leito CIRURGIÃO: Dr. Felipe ANESTESISTA: Dr. Rta  
CIRURGIA:  
INÍCIO: 17:00 TÉRMINO: 18:30 ANESTESIA: Blóqueio + sedação

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA			EPEDINA		
AGULHA 25 x 7	03		MICROPORÉ			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HESPERINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2	01		PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 3	100ml		METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 4			SUCRILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML			VICRYL N° 0					
SERINGA 20 ML	02		VICRYL N° 1			<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2			AMPLICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JEICO N° 14			VICRYL N° 4			CEFALOTINA		
CATETER JEICO N° 16			VICRYL N° 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JEICO N° 18			VICRYL N° 6			GENTAMICINA		
CATETER JEICO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			METRONIDAZOL		
CATETER JEICO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			<b>SOROS</b>		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 21						FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP N° 23			<b>SOLUÇÕES</b>			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 25			ALCOOL 70%			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPJ TÓPICO			MANTOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPJ DEGERMINANTE			<b>PSICOTRÓPICOS</b>		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDOLISAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL	100ml		FENTANIL FRASCO		
DRENO DE PENROSE N°			CLOREXIDINA			FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE SUÇÃO N°						PROPOFOL		
DRENO DE TORAX N°			<b>ANESTÉSICOS</b>			HALUTANO		
UNOFIX SIST. ABERTO			XYLOCAINA GEL			ENFLURANO		
UNOFIX SIST. FECHADO			XYL OCAINA SPRAY			ISOFLURANO		
ELETRÓDOS			XYLOCAINA 2% S/V			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 11			NEOCAINA PESADA			SEVOFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 15			NEOCAINA 0,5% S/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 24	11		NEOCAINA 0,8% C/V			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 6,5			BUPIVACAÍNA 5 MG			NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,0								
LUVA ESTÉRIL 7,5	02		<b>MEDICAMENTOS</b>			<b>TAXA EQUIPAMENTO</b>		
LUVA ESTÉRIL 8,0	02		ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA ESTÉRIL 8,5			AMINOGLINA			ASPIRADOR		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)	02		ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
BONDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA	02		MICROSCÓPIO		
TUBO OROTRAQUEAL			BUSCOPAN			RX EM SALA		
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			CECILANGE			MONITOR CARDÍACO		
BONDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 100MG			OXÍMETRO DE PULSO		
BONDA GÁSTRICA N°			HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
CERA ÓSSEA			KCL			OXIGÊNIO (H)		
BURRICO			NaCl 10%					
TELA DE PROLENE			NaCl 20%			<b>OUTROS</b>		
ATADURA DE CREPOM N°	01-01		DEXAMETASONA					
COMPRESSA			DIPRONA					
COMPRESSA DE OZES			DOBUTAMINA					
Algodão ORTODÉDICO	01		EFORIL					

DATA

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64.260-000, FIMPIPI/PI

CNPJ: 06.553.564/000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso:

Pág: 1/1

PACIENTE:

Kare Gervasio de Jesus

ENFERMARIA:

03-01

LEITO:

ADMISSÃO:

IDADE:

Anos

SUS

DIAS INTERNADO:

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

16/07/18

DIETA LIVRE

ALTA HOSPITALAR

Dr. Haila Viana Rodrigues  
Otorrinolaringologista

PROFISSIONAL



## PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO JEANE DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão RECUSO, residente e domiciliado à Rua SÃO FRANCISCO, nº 1179, bairro PACIENCIA, Município de PIRIPIRI, Estado de(o) PIAUÍ, Cep: 64.260-000, portador(a) do Rg nº 1855332-89, SSP/ CE e CPF nº 207.760.043-87.

Outorgado: SÉRGIO HENRIQUE NOBES DA COSTA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão RECUSO, residente e domiciliado(a) à Rua PROFESSOR ANTONIO LOPES, nº 20, bairro MARCO DA SAUDE, Município de PIRIPIRI, Estado de(o) PIAUÍ, Cep: 64.260-000, portador(a) do RG nº 98008030333, SSP/ CE e CPF nº 233.510.713-53.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) LARA GEUSIANNY SANTOS SILVA, ocorrido em 05.10.7.1.18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

PIRIPIRI-PIAUÍ, 16 de NOVEMBRO de 2018

Francisco Jeane da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 207.760.043.87

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



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

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

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

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

Pelo exposto, eu SERGIO HENRIQUE NOBRE DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 233.510.713 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO JEANE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 207.760.043 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 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 <u>RUA PROFESSOR ANTONIO LOPES</u>		Número <u>20</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>MORRO DA SAUDADE</u>	Cidade <u>PIRIPIRI</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64.260-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>86.998491473</u>	Telefone celular (DDD) <u>88.992192910</u>

PIRIPIRI-PI, 16 de NOVEMBRO de 2019  
Local e Data

Sergio Henrique Nobre da Costa @  
Assinatura do Declarante



Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888  
Fatura Mensal

**2652617-4** A10X025670 OUT/2018

Nome/Razão Social/Endereço  
SERGIO HENRIQUE NOBRE DA COSTA  
RUA PROF ANTONIO LOPES, 20  
MORFO DA SAUDADE  
PINIPIRI 64260000 AG= 85

Situação	Res	Categoria de Uso	Inscrição
Agua/Agente	Com.	Ind.	Pub.
3/1	1		84.7 02 0265 0166-000

28/09/2018 29/10/2018 31

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Out
04/18	601	6	0
05/18	613	12	0
06/18	625	12	0
07/18	634	9	0
08/18	646	12	0
09/18	661	15	0
10/18	674	13	0

Forma de Pagamento  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cód. Responsável	Código de Tarifa
028626665	01

Consumo Médio	Consumo Fio Água	Consumo Fio Espite
11		

Consumo	Consumo Potencial
13	13

resumo DA FATURA

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	AGU.	41,97
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,81
	JUROS DE MORA 001/001	0,42
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,90

VENCIMENTO 05/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 45,10

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$53,11  
CONFORME C.D. FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

PARÂMETROS

Parâmetros	Turbidez	Clor	Cloro	PH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5/n	15	5/n	8,4-8,6	0,2	Acum.	Acum.
10 Amostras de Amostragem Espécies							
10 Amostras Realizadas							
10 Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.68	3.82	1.18	7.04	0.02	0.00	0.00

Conclusão: PRECISE A QUALIDADE DA AGUA, LIMS DE RESERVATÓRIOS SUBSTANCIALMENTE

Mensagem:  
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA  
ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR  
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESPORTE COLETADO PELA AGESPISA  
RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

Quem Agente

**AGESPISA**  
Agência de Regulação de Água e Saneamento  
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Inscrição: 84.7 02 0265 0166-000 AG= 85

Matrícula: 2652617-4 Referência: OUT/2018

VENCIMENTO 05/11/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 45,10

8269000000-9 45100001822-1 65261741020-2 18000000001-8



<div>  <div> REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  MINISTÉRIO DAS CIDADES  DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  </div> </div>		
<div> <div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  1477338821 </div> <div>  </div> </div>		
<div> <div> NOME  SERGIO RENEQUE NOBRE DA COSTA </div> <div> DOC. IDENTIDADE - CNH - ENDÓCRITO  99008030333 SSP IL </div> <div> CNPJ  233.510.713-53 </div> <div> DATA NASCIMENTO  22/09/1964 </div> </div>		
<div> <div> PLACAS  FRANCISCO MARINO DA COSTA  ANTONIETA NOBRE DA COSTA </div> <div> PERMISSÃO  000000000000 </div> <div> RCC  000000000000 </div> <div> CAT. HAB.  AD </div> </div>		
<div> PP RESERVA  00461407778 </div>	<div> VALIDADEZ  19/05/2022 </div>	<div> VALIDADEZ  19/12/1998 </div>
<div> OBSERVAÇÕES  A  EAB </div>		
<div> <div> ASSINATURA DO TITULAR   </div> <div> LOCAL  PIRIPIRI, PI </div> <div> DATA DE EMISSÃO  03/07/2019 </div> </div>		
<div> <div> ASSINATURA DO RESPONSÁVEL   </div> <div> NÚMERO DE REGISTRO  34194676517 </div> <div> ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  PC33800459 </div> </div>		
<div> <div> PROBIO PLASTIFICAR  1477338821 </div> <div> PIAUI </div> </div>		



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: **LARA GEYSIANNE SANTOS SILVA**

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

Nome completo: **LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA** CPF: \_\_\_\_\_  
 Profissão: **ESTUDANTE** Endereço: **RUA SÃO FRANCISCO** Número: **1179** Complemento: **CASA**  
 Bairro: **PACIACIA** Cidade: **BEATRIZ** Estado: **PERNAMBUCO** CEP: **64.260-000**  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **0129** **5** CONTA: **7895** **6**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **BEATRIZ-PE 16.11.2018**  
 Nome: **LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA**  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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



AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 2018129744312

MUNICÍPIO: PIRIPIRI

MATRICULA: 209744311-2	CLIENTE: FRANCISCO JEANE DA SILVA	CPF/CNPJ: [ ]	VENCIMENTO: 28/12/2018
INSCRIÇÃO: 084.005.193.0211.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL: RUA SAG. FRANCISCO, NUM. 1179 - - PACIENTIA PIRIPIRI ET 84260-000	FATURA: 12/2018-5	
RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA:		ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL

MÊSES CONTÍNUOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
11/2018 -	21	10/2018 -	20	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
09/2018 -	20	08/2018 -	21	2594	2613	19	32	0,59
07/2018 -	19	06/2018 -	20	23/11/2018	26/12/2018			
ECONOMIAS	ECON. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR						
1	19	B	53320					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL - 001 UNID/M3 Consumo de Água MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 12/2018 MULTA INEXISTÊNCIA 10/2018 04/2018 JORNAL DE MORA 10/2018 05/2018	19 M3	76,84 2,11 2,00 0,00 0,00
TOTAL		R\$ 80,94

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO	Base de Cálculo: 80,94
ID: 4.11	CODIGO: 2.01
CPF: 1.00	TEL. FONE: 6.30

CASE O SEU DÉBITO TERIA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN PIRIPIRI	Mês/Ano: 11/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (NT)	CLORO
PARÂMETROS (Valores Máximos)		
VIA CLIENTE		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

Emitido por: INTERNET Emitido em: 16/01/2019



MATRICULA: 209744311-2	INSCRIÇÃO: 084.005.193.0211.000
---------------------------	------------------------------------

FATURA: 12/2018-5	NÃO RECEBER APÓS: 30.04.2019
----------------------	---------------------------------

VENCIMENTO:	28/12/2018
-------------	------------

VALOR:	R\$ 80,94
--------	-----------

CNPJ: 15

FISMA: 1

87630000000-5 85640001310-3 97443121220-4 18000050003-3

VIA AGESPISA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190058815 CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: LARA GEYSIANNE SANTOS SILVA

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

Nome completo: LARA GEYSIANNY SANTOS SILVA CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: ESTUDANTE Endereço: RUA SÃO FRANCISCO Número: 1179 Complemento: CASA  
Bairro: PACIÊNCIA Cidade: PIRIPIRI Estado: PIAUÍ CEP: 64-260-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

### RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL (001)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0129 5 CONTA: 7895 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PIRIPIRI - PIAUÍ  
Nome: LARA GEYSIANNE SANTOS SILVA  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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