



Número: **0800849-72.2019.8.18.0073**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de São Raimundo Nonato**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADILIO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		MARCOS VITOR DA ROCHA MENEZES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
6389699	15/10/2019 19:13	Despacho	Despacho
5963799	13/08/2019 13:22	Comprovante	Comprovante
5963968	13/08/2019 13:22	extrato adilio	Comprovante
5527149	02/08/2019 17:04	Despacho	Despacho
5547184	04/07/2019 11:26	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5547190	04/07/2019 11:26	dec adilio.pdf novo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5518302	02/07/2019 12:01	Certidão	Certidão
5517514	02/07/2019 11:34	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5517519	02/07/2019 11:34	adilio 1	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5516819	02/07/2019 11:34	Petição Inicial	Petição Inicial
5516829	02/07/2019 11:34	adilio 3	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5516842	02/07/2019 11:34	adilio2	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
2ª VARA DA COMARCA DE SÃO RAIMUNDO NONATO DA
COMARCA DE SÃO RAIMUNDO NONATO

Praça Francisco Antonio da Silva, Centro, São RAIMUNDO NONATO - PI - CEP: 64770-000

PROCESSO Nº: 0800849-72.2019.8.18.0073

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Considerando que a parte autora apresentou documentação hábil a demonstrar sua situação de hipossuficiência, defiro o benefício da justiça gratuita, nos termos do art. 99, §3º do CPC/15.

Cite-se a parte requerida para que apresente contestação, no prazo legal, ante a ausência de requerimento da parte autora para a realização de audiência de conciliação.

Após o transcurso do prazo para contestação, **intime-se** a parte autora para que, no prazo de quinze dias úteis, apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais ou pedido de reconvenção, devendo a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Intimações necessárias.

Cumpra-se.

São RAIMUNDO NONATO-PI, 18 de setembro de 2019.



Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de São Raimundo Nonato



Após a declaração de hipossuficiência e a declaração de isenção de imposto de renda não serem aceitos como documento que comprove o pedido de justiça gratuita , vem apresentar mais um documento comprobatório CNIS)



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Identificação do Filiado

NIT: 127.69987.18-8 **CPF:** 001.768.803-56 **Nome:** ADILIO FERREIRA DOS SANTOS
Data de nascimento: 21/01/1981 **Nome da mãe:** DILSA FERREIRA DOS SANTOS

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Tipo Filiado no Vínculo	Últ. Remun.	Indicadores
1	127.69987.18-8	49.934.383/0001-64	AGRO PECUARIA CORREGO RICO LTDA	06/05/2002	10/06/2002	Empregado	06/2002	
Remunerações								
	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Competência	Remuneração	Indicadores
	05/2002	145,75		06/2002	33,50			
2	127.69987.18-8	67.431.577/0001-29	NOVA UNIAO S/A ACUCAR E ALCOOL	03/06/2002		Empregado	07/2002	
Remunerações								
	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Competência	Remuneração	Indicadores
	06/2002	281,26		07/2002	393,46			
3	127.69987.18-8	07.161.856/0001-98	GUIZILIM E GUIZILIM S.S. LTDA	24/05/2005		Empregado		Indicadores PEXT
Remunerações								
	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Competência	Remuneração	Indicadores
	05/2005	808,00		06/2005	808,00	07/2005	808,00	
	08/2005	808,00		09/2005	808,00	10/2005	808,00	
	11/2005	808,00		12/2005	808,00	01/2006	808,00	
	02/2006	808,00		03/2006	808,00	08/2006	577,00	
	09/2006	577,00		10/2006	577,00	11/2006	577,00	
4	127.69987.18-8	54.719.547/0001-70	GUIZILIM SANCHES & CIA LTDA.	24/05/2005		Empregado	04/2008	
Remunerações								
	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Competência	Remuneração	Indicadores
	05/2005	808,00		06/2005	808,00	07/2005	808,00	
	08/2005	808,00		09/2005	808,00	10/2005	808,00	
	11/2005	808,00		12/2005	808,00	01/2006	808,00	
	02/2006	808,00		03/2006	808,00	08/2006	577,00	
	09/2006	577,00		10/2006	577,00	11/2006	577,00	

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.





INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Página 2 de 4

13/08/2019 13:07:02

Identificação do Filiado

NIT: 127.69987.18-8 **CPF:** 001.768.803-56 **Nome:** ADILIO FERREIRA DOS SANTOS
Data de nascimento: 21/01/1981 **Nome da mãe:** DILSA FERREIRA DOS SANTOS

Relações Previdenciárias

Remunerações						
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Indicadores
12/2006	577,00		01/2007	808,00	02/2007	808,00
08/2007	606,00		09/2007	808,00	10/2007	606,00
11/2007	606,00		12/2007	606,00	01/2008	606,00
02/2008	606,00		03/2008	606,00	04/2008	808,00

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Tipo Filiado no Vínculo	Últ. Remun.	Indicadores
5	127.69987.18-8	07.161.856/0001-98	GUIZILIM E GUIZILIM S.S. LTDA	01/05/2008	24/06/2008	Empregado	06/2008	
Remunerações								
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
05/2008	651,84		06/2008	847,39				

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Tipo Filiado no Vínculo	Últ. Remun.	Indicadores
6	127.69987.18-8	07.443.964/0001-53	SECTOR TECNOLOGIA EM SERVICOS E SAUDE AMBIENTAL LTDA	17/07/2008	21/10/2009	Empregado	10/2009	
Remunerações								
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
07/2008	304,19		08/2008	835,54		09/2008	678,48	
10/2008	651,84		11/2008	651,84		12/2008	651,84	
01/2009	651,84		02/2009	651,84		03/2009	805,52	
04/2009	886,50		05/2009	886,97		06/2009	1.067,22	
07/2009	750,75		08/2009	832,01		09/2009	805,01	
10/2009	673,57							

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Identificação do Filiado

NIT: 127.69987.18-8 CPF: 001.768.803-56 Nome: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS
Data de nascimento: 21/01/1981 Nome da mãe: DILSA FERREIRA DOS SANTOS

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Tipo Filiado no Vínculo	Últ. Remun.	Indicadores
7	127.69987.18-8	06.032.927/0001-90	EXPANDE BRASIL COMERCIO DE CHAPAS EXPANDIDAS LTDA	07/02/2012	19/06/2012	Empregado	06/2012	
Remunerações								
Competência	02/2012	874,43	03/2012	Remuneração	1.269,31	04/2012	Remuneração	Indicadores
05/2012	1.055,14	06/2012	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Espécie	1.104,64	02/09/2014	1.175,88	Indicadores
8	127.69987.18-8	5539723569	Benefício	30/10/2012	02/09/2014			CESSADO
9	127.69987.18-8	6258995407	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO				INDEFERIDO
10	127.69987.18-8	6246736487	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO				INDEFERIDO

Legenda de Indicadores

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
PEXT	Vínculo com informação extemporânea, passível de comprovação		

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.





INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário

Página 4 de 4

13/08/2019 13:07:02

Identificação do Filiado

NIT: 127.69987.18-8

Data de nascimento: 21/01/1981

CPF: 001.768.803-56

Nome: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Nome da mãe: DILSA FERREIRA DOS SANTOS



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 1908134L47JF76

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
2ª VARA DA COMARCA DE SÃO RAIMUNDO NONATO DA
COMARCA DE SÃO RAIMUNDO NONATO

Praça Francisco Antonio da Silva, Centro, São RAIMUNDO NONATO - PI - CEP: 64770-000

PROCESSO Nº: 0800849-72.2019.8.18.0073

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

A Lei 1060/50 garante, aos necessitados, o acesso ao judiciário sem o pagamento de custas. Permite ainda àqueles o auxílio da Defensoria Pública, a fim de que tenham, na defesa de seus interesses, a atuação de profissionais sem a cobrança de honorários.

Ademais, conforme novo dispositivo legal, trazido pelo CPC/15, em seu art. 99, §2º, o juiz poderá indeferir o pedido caso haja evidências nos autos da ausência de pressupostos legais para a concessão de gratuidade. *// verbis:*

“Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

§ 2º O juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.”

Em conformidade com o dispositivo legal supracitado, o Julgador, ao perceber eventualmente a falta de pressupostos para concessão do benefício requerido, determinará a intimação da parte requerente para que promova a juntada de documentos que comprovem as alegações de hipossuficiência.



Não poderia ser diferente, haja vista que a razão de ser do benefício aqui tratado é materializar o direito fundamental de acesso à justiça, tomando como primado o princípio da isonomia na forma exposta pelo artigo 5º da Constituição Federal. O controle judicial, portanto, é essencial, a fim de efetivamente permitir a aplicação da norma e, ao mesmo tempo, impedir a falência do sistema pela concessão da gratuidade indistintamente.

O que se verifica nos presentes autos é que há a mera declaração de hipossuficiência econômica da parte autora, não juntando qualquer documentação que comprove a necessidade de concessão do benefício.

Posto isso, intime-se a parte requerente para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte aos autos documento que demonstre o seu rendimento mensal, ou qualquer outro documento público que ateste o estado de carência econômica alegada, para fins de análise do pedido, caso contrário, poderá juntar o comprovante de pagamento das custas, sob pena de extinção do feito.

Após decorrido o prazo, certifique-se e voltem conclusos.

Diligências necessárias.

São RAIMUNDO NONATO-PI, 3 de julho de 2019.

Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de São Raimundo Nonato



documento comprovando que não pode arcar com as custas em anexo





04/07/2019

Número: **0800364-72.2019.8.18.0073**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de São Raimundo Nonato**

Última distribuição : **22/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Licenciamento de Veículo**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADILIO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		MARCOS VITOR DA ROCHA MENEZES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4686337	04/04/2019 16:59	dec adilio	Comprovante



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Eu, **ADILIO FERREIRA DOS SANTOS**, DECLARO, para os devidos fins, que sou **ISENTO (A) de DECLARAÇÃO ANUAL DE IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA**, conforme regulamento da Receita Federal do Brasil. No ano anterior não obtive rendimentos provindos de trabalho assalariado, proventos de aposentadorias, pensões, aluguéis ou atividade rural, suficientes para declarar IRPF nesse ano, e não me enquadro nos demais casos que obrigam a entrega da Declaração Anual de Imposto de Renda Pessoa Física.

Assumo a responsabilidade de informar, imediatamente à Vossa Excelência a alteração dessa situação, apresentando a documentação comprobatória.

Sob as penas das Leis Civil e Penal, **DECLARO** que as afirmações acima são a expressão da verdade pelo que me comprometo criminalmente, sabendo que declaração falsa é crime (art. 299 do Código Penal).

São Raimundo Nonato – PI, 04 de abril de 2019.

Adilio Ferreira dos Santos

ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MARCOS VITOR DA ROCHA MENEZES - 04/04/2019 16:59:39
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040416593903100000004503269>
Número do documento: 19040416593903100000004503269

Num. 4686337 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: MARCOS VITOR DA ROCHA MENEZES - 04/07/2019 11:26:17
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070411261767000000005313395>
Número do documento: 19070411261767000000005313395

Num. 5547190 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA 2ª VARA DA COMARCA DE SÃO RAIMUNDO NONATO DA COMARCA DE
SÃO RAIMUNDO NONATO
Praça Francisco Antonio da Silva, Centro, São RAIMUNDO NONATO - PI - CEP: 64770-000

PROCESSO Nº: 0800849-72.2019.8.18.0073

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a irregularidade da representação e/ou não pagamento das custas iniciais do processo, requerendo os benefícios da Justiça gratuita.

SÃO RAIMUNDO NONATO-PI, 2 de julho de 2019.

WILSON DIAS DOS REIS
Secretaria da 2ª Vara da Comarca de São Raimundo Nonato



em anexo





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:	A. dilio Ferreira dos Santos		
NACIONALIDADE:	Brasileira	ESTADO CIVIL:	solteiro
PROFISSÃO:	Advogado		
RG:	2.112.792	CPF:	001.768.803-56
TEL:			
ENDEREÇO:	Localidade Verde do Sítio, S/N, Bonfim		

do Pium

OUTORGADO: **MARCOS VITOR DA ROCHA MENEZES**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PI nº 17055, com endereço profissional à Travessa Tenente Zeca Rubem, 372, Edifício João Paes Ribeiro, sala 03, Centro, São Raimundo Nonato — PI, onde recebe intimações e notificações judiciais de praxe.

PODERES: amplos poderes, in solidum ou separadamente, para o foro geral, com a cláusula "ad judicium et extra", em qualquer juízo, Instância ou tribunal, inclusive repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-o(s) conferindo-lhe(s), poderes especiais para prestar declarações, receber citações, confessar, reclamar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, propor execução, requerer falência, habilitar crédito em ação ordinária, procedimento sumário, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o (a) outorgante para fim de solicitação de cópia de processo administrativo junto ao INSS, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do (a) outorgante,

São Raimundo Nonato, 22 de março de 2019

A. dilio Ferreira dos Santos

Outorgante

Marcos Vitor da Rocha Menezes — OAB 17055

Email: mvmarcosvitor@hotmail.com

Fone: (89) 98116 – 1546 / (86) 98116 – 1546

End.: Travessa Tenente Zeca Rubem N° 372 – Edifício João Paes Ribeiro – Sala 03 – Centro
São Raimundo Nonato - PI

Scanned with CamScanner



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.740/0001-89 | Ins. Estadual 19.301.283-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ/PI 06/99

Nº da Nota Fiscal 01657223-4

A Terefe Sociedad de Energía Eléctrica - TSEE foi criada pela Lei nº 12.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO J (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	23/01/2019	30	8,25

ADILIO FERREIRA DOS SANTOS
LC VEREDA DO SÍTIO S/N L-RURAL
CPF: 00000176880356

Atual:		Dados da Leitura:	
Anterior:	36	Anterior:	16/01/2019
Constante de Multiplicação:	33	Proxima Leitura:	18/12/2018
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	15/02/2019
Consumo Faturado:	3	Representação:	15/01/2019
Forma de Faturamento:	Código de Ingresso	Dias de Consumo:	16/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Est.	Mês de 12 meses
MINIMO				29	

RESUMO GRENDA		MONO		A2147650		DISCRICAO DA CONTRA		4.1.1		13	
Mês/ano consumo											
DEZ/18	4	CONSUMO		30 A R\$		0,223390 =				6,70	
NOV/18	6	DIFERENCA DE TARIFA								13,14	
OUT/18	5	SUBVENCAO BAIXA RENDA								12,40-	
SET/18	3	MULTA POR ATRASO 12/18-00								0,73	
AGO/18	3	JUROS POR ATRASO 12/18-00								0,08	
JUL/18	117										
JUN/18	4										
MAI/18	4										
ABR/18	5										
MAR/18	4										
TOTAL GRENDA 2018/18											
8 A 30 - 0,21250											

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 15/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode obter mais dicas de como vencer da sua fatia nos dias 6, 10, 15, 20 ou 25, entrando em contato com nossos maiores especialistas.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSICAO DO PREÇO DE VENDA		1994 - 1A QUINZENA DE JULHO - R\$
Distribuição:		Base de Cálculo:
Energia:	5,41	Alíquota ICMS:
Transmissão:	10,43	Valor do ICMS:
Encargos:	1,76	Valor do PIS:
Tributos:	1,11	Valor do COFINS:
		0,20

1,13	INDICADORES DE CONTINUIDADE	0,93
------	-----------------------------	------

DIC			FIC			DNIC	DICR
Menstrual	Trimestral	Annual	Menstrual	Trimestral	Annual	Menstrual	Menstrual

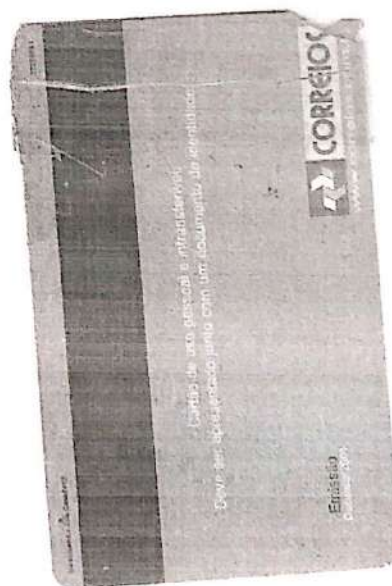
Unidade							
Empilhado	6,27	12,54	25,08	3,61	7,23	14,45	3,71
Conjunto	0,00			0,00			
					Período de separação:	0,00	EURO:

SAD RAZIUNDO NANA

112046

2.94







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

1235 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 26793.000072/2018-15

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Maxnandro De Sa Santos

Data/Hora: 26/09/2018 - 11:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BONFIM DO PIAUÍ

Data/Hora

10/09/2018 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BOMFIM DO PIAUÍ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE LAGOA DO MOCO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

RG: 2112792

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: DILSA FERREIRA DOS SANTOS

Pai: IRENILDO MUÑOZ DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE VEREDA DO SÍTIO, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BOMFIM DO PIAUÍ

Nome: JOSE FERREIRA DOS SANTOS NETO

RG: 2947100

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: DILSA FERREIRA DOS SANTOS

Pai: IRENILDO MUÑOZ DOS SANTOS

Endereço: LOCALIDADE VEREDA DO SÍTIO, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BOMFIM DO PIAUÍ

Telefone(s): 69-8100-8500

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. NXR125 BROS KS

2005 LWD3816

9C2JD20205R024751

860542580

Branca

Condutor: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

RG: 2112792 Órgão: UF RG:

End: LOCALIDADE VEREDA DO SÍTIO Número: Complemento:

Cidade: BOMFIM DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: DALMI GALVÃO DA LUZ

End: POVOADO LAGOA NOVA Número:

Cidade: VARZEA BRANCA UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE O NOTICIANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA RELATAR QUE SEU IRMÃO ACIMA QUALIFICADO SOFREU UM ACIDENTE; QUE O FATO SE DEU QUANDO A VITIMA ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA, SE DESLOCANDO DA LOCALIDADE SALINA INDO EM DIREÇÃO A LOCALIDADE VEREDA DO SÍTIO, QUANDO DE REPENTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR NO CHÃO; QUE LOGO EM SEGUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES ONDE LEVARAM PARA A UPA DA CIDADE DE SÃO RAIMUNDO NONATO/PI, QUE AO CHEGAR FOI CONSTATADO QUE A VITIMA FRATURA CONTUSA NA REGIÃO OCIPITAL; ERA O QUE TINHA PARA RELATAR.



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

1234 4 1 0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 26793.000072/2018-15

Maximiliano De Sá Santos - Mat. 2991482
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE FERREIRA DOS SANTOS NETO
Noticiante
Responsável pela Informação

Dra. Cynthia Viana Vasconcelos
Delegada de Polícia
Delegado de Polícia

Scanned with CamScanner



Documentação Invalidez Permanente

Início do conteúdo

Abaixo, você irá encontrar os documentos normalmente requeridos para a análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT. Em casos especiais, a seguradora poderá solicitar algum documento ou informação complementar. Se isso acontecer, lembre-se que o objetivo dessa solicitação é garantir que o pagamento seja realizado em favor do legítimo beneficiário.

Os documentos para abertura do pedido de indenização só poderão ser entregues pela própria vítima, beneficiário ou representante legal. A apresentação da documentação por terceiros somente será possível após entrega de procuração específica para dar entrada no Seguro DPVAT.

Da Vítima e do Acidente

Boletim ou Registro de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada): documento oficial emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima, conforme a Lei (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiro Militar).

O **boletim de ocorrência (BO)** é um documento muito importante para **pleitear sua indenização** e nele deverão constar as informações a seguir:

- - 1) a identificação e assinatura da autoridade competente (Delegado de Polícia, Escrivão ou outro agente policial);
 - 2) identificação do comunicante do fato (nome completo, identidade, CPF e endereço);
 - 3) identificação do veículo causador do acidente, número da placa, chassi e nome do proprietário do veículo, exceto para os casos de veículo não identificado;
 - 4) a identificação completa da vítima (nome completo, identidade, CPF e endereço);
 - 5) a identificação completa das testemunhas (nome completo, identidade, CPF e endereço), caso existam;
 - 6) a data correta do acidente e o horário;
 - 7) a narrativa de como ocorreu o acidente, como foi prestado o socorro e o hospital para onde a vítima foi levada.



ATENÇÃO: O documento deve ser realizado na época em que ocorreu o acidente. Porém, na eventualidade desse registro ter sido feito após o acidente, por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentos adicionais ([clique aqui e veja quais são](#)), eles devem ser emitidos na data do acidente, ratificando a sua existência, suas circunstâncias e qual é a participação da vítima.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS Quando o pedido de indenização for referente as coberturas INVALIDEZ e Reembolso de despesas de assistência médica e suplementares (DAMS), com Boletim de Ocorrência emitido "por ato declaratório ([clique aqui e veja quais são](#))", que envolva motocicleta, e que a vítima na condição de condutora ou passageira, não seja proprietário (a), deverá ser apresentada uma Declaração assinada pelo (a) proprietário (a) da motocicleta com firma reconhecida por "autenticidade". [O modelo da declaração está disponível aqui](#).

- Declaração do proprietário do veículo - ([ver/imprimir\(.pdf 38KB\)](#)).

ATENÇÃO: Apenas para acidente com motocicleta cujo Boletim de Ocorrência tenha sido emitido por Ato Declaratório. O documento deve ser apresentado com firma reconhecida por autenticidade.

- RG da vítima (ou CNH, Carteira de Trabalho, Certidão de Casamento ou de Nascimento) - cópia simples
- CPF da vítima - cópia simples
- Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade em que ocorreu o acidente, informando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima e, ainda, o seu estado de invalidez permanente - original ou cópia autenticada
- Declaração de Ausência de Laudo do IML - ([ver/imprimir\(.pdf 127KB\)](#))
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (BAM).
- Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma.
- Comprovante de residência
- Autorização de pagamento - ([ver/imprimir\(.pdf 169KB\)](#)).
-

Outros - (somente em caso de beneficiário representado por procurador)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel Galvão da Luz,
RG nº 2.400.566, data de expedição 01/11/11,
Órgão SSP, portador do CPF nº 58.720.332-1, com
domicílio na cidade de Vitória Brasileira, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Paraná, Jooze Ville, nº 11,
complemento Vila, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adílio Ferreira dos Santos, cujo o condutor era
Adílio Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: NXR125 BRCS K5

Ano: 2005

Placa: LWD 3816

Chassi: 9C2JD205 RD 24731

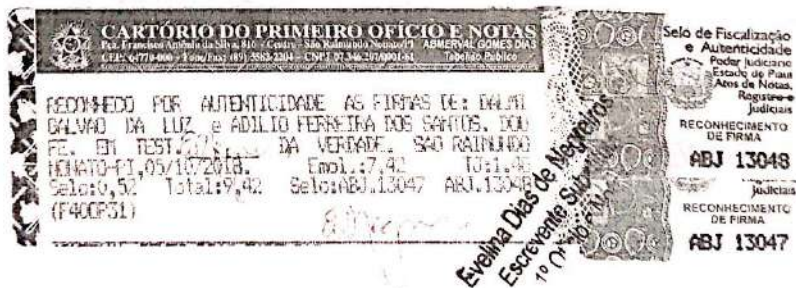
Data do Acidente: 10/06/2018

Local e Data: Vitória Brasileira 05/10/2018

Assinatura do Declarante

Adílio Ferreira dos Santos

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Dalmir Galvão da Luz,
 RG nº 2.466.866, data de expedição 26/09/12,
 Órgão PR, portador do CPF nº 594.744.981-04, com
 domicílio na cidade de Virgem Branca, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Barro da Virgem Nova, nº 00,
 complemento Barro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Adilio Ferreira dos Santos cujo o condutor era
Adilio Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: NXR125BROS KS
 Ano: 2005
 Placa: LWD 3816
 Chassi: GC2JD205 R0 24751
 Data do Acidente: 10/06/2018
 Local e Data: Virgem Branca 05/10/2018

Dalmir Galvão da Luz
 Assinatura do Declarante

Adilio Ferreira dos Santos

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



ImagemPlena

CÓD.PAC.: 13417

PACIENTE: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

MÉDICO SOL.: ERLAN PERCIO

CONVÊNIO: MEDPREV

EXAME: RM Crânio (encefalo)

DATA: 15/06/2018

Nº Req.: 20546

Idade: 37A CPF:

RG: 112792

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ENCEFALO

TÉCNICA DO EXAME:

Exame realizado em aparelho de alto campo 3,0T, nas sequências sagital T1, axial T2, axial FLAIR, axial difusão, axial SWI, coronal T2, axial T1.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Hipersinal T2/FLAIR com alguns focos corticais com restrição à difusão da água e hipossinal T2* de permeio caracterizando acúmulo de hemossiderina por hemorragia intra-axial recente no córtex e substância branca da porção basal medial dos lobos frontais, porção basal anterior e lateral do lobo frontal esquerdo, opérculo frontal esquerdo, polo temporal esquerdo e porção posterior do giro occipitotemporal direito, caracterizando contusões encefálicas hemorrágicas recentes, com efeito de massa, com apagamento dos sulcos adjacentes.

Discreto hipersinal FLAIR obliterando alguns sulcos da convexidade occipital bilateralmente, que sugere hemorragia subaracnoide.

Não há evidências de processo neoplásico intraparenquimatoso, coleções líquidas extra-axiais, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

O sistema ventricular tem topografia, morfologia e dimensões normais.

Fluxo habitual ao nível das grandes artérias dos sistemas vértebro-basilar e carotídeo, segundo o critério SPIN-ECHO.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Contusões encefálicas hemorrágicas agudas/subagudas na porção basal medial dos lobos frontais, porção basal anterior e lateral do lobo frontal esquerdo, opérculo frontal esquerdo, polo temporal esquerdo e giro occipitotemporal direito, com efeito de massa, com apagamento parcial dos sulcos adjacentes.

Alteração de sinal que sugere discreta hemorragia subaracnoide obliterando alguns sulcos da convexidade occipital de ambos os lados.

DR. LEONARDO AUGUSTO COSTA MARTINS
CRM PI 3053

Av. Lindolfo Monteiro, 1640 - Fátima - Teresina - Piauí - CEP 64.049-440
66 3214-6666 - administrativo@imagemplena.com.br

Scanned with CamScanner





CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM
Diagnóstico por imagem

Número: 1819
Nome: Adílio Ferreira dos Santos
Médico: Glauberth Danilo de A. Castro

Data Exame: 11/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

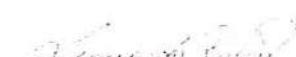
RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes helicoidais com espessura de 3,0mm, utilizando filtro para partes moles de alta definição e janela óssea de alta resolução, com reconstruções multiplanares e tridimensionais, partindo da base do crânio em direção ao centro semioval, evidencia:

- Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
- Restante do parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontina sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermes com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Estrutura óssea do crânio: preservada.
- Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
2. Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Rua Abdias Neves, 658 – Aldeia
São Raimundo Nonato – PI
CEP 64770-000
Tel.: (89) 3582-2498 / 98114-0036 / 99409-4713
E-mail: cristianolandim@yahoo.com.br
www.clinicacristianopaeslandim.com.br

Scanned with CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento da seguradora a qualquer hora, das 8h às 20h, nos telefones 0800 11596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 80. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Também em nosso site, informe o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180503993

Vítima: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 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

Recebedor: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000728

Conta: 000000118352-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retomar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned with CamScanner



Protocolo De Retirada

Paciente: 551104 - ADILIO FERREIRA DOS SANTOS	Sexo: M
Solicitante: Dr(a) SEM SOLICITACAO	Nascimento: 21/01/1981

458872 - CONSULTA DR MANOEL BALDOINO - Qntd: 1
0,00

Data de entrega: 29/08/2018

Obs: Obrigatória a apresentação deste para a retirada de exame(s) na unidade.

Seu exame ficará a disposição para retirada no prazo de 30 dias. Após este período o material impresso será descartado.

Ultra X Centro (Matriz) - Rua Anísio de Abreu, 596 - 0 - (86) 3194 5555

Scanned with CamScanner



AZEVEDO BARROS PRODUTOS

CNPJ 09.504.163/0077-84 IE 194789101

RUA COELHO DE RESENDE 296 CENTRO
TERESINA PI

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final
NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Qtde	Un	Vi Unt	Vi Desc	Vi Total
Descrição					
7899898600514	2	CX	119,78	159,58	79,98
ELITE 1000 120CAPS					
7899898600514	1	CX	119,78	79,80	39,98
ELITE 1000 120CAPS					
7899898600514	1	CX	119,78	119,77	0,01
ELITE 1000 120CAPS					
7899547508857	2	CX	59,08	80,18	37,98
GINKGO VITAL					
120MG 30CPR					
7899547508857	1	CX	59,08	40,10	18,98
GINKGO VITAL					
120MG 30CPR					
7899547508857	1	CX	59,08	59,07	0,01
GINKGO VITAL					
120MG 30CPR					

Qtd Total de Itens 6
VALOR TOTAL R\$ 715,44
DESCONTO TOTAL R\$ 538,50
FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$ 176,94
Cartão de Débito

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741 /2012) 20,79

Trib Fed: 7,66 Trib Est: 0,00 Trib Mun: 0,00 Trib Imp 13,13 Fo

nte

: IBPT

N. 000027522 Serie 2 28/08/2018 09:06:52
Consulte pela Chave de Acesso em

CHAVE DE ACESSO

2218 0809 5041 6300 7784 6500 2000 0275 2210 0207 9061

CONSUMIDOR

Consumidor não informado

Consulta via leitor de QR Code

Scanned with CamScanner



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADILIO FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: 3180503993

Vítima: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180503993**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13556126

Scanned with CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180503993

Vítima: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

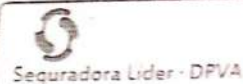
Carta nº 13700306

Scanned with CamScanner



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima _____
Data do Acidente ____/____/____ CPF: _____

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome _____
☐ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço _____
No. _____ Complemento _____ Bairro _____
Cidade _____ UF _____ CEP: _____-_____
Telefone _____ Email _____

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ☒ Preencha com ☒ Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☐ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____/____/____
Nome _____
Identidade _____
Assinatura do Portador _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data ____/____/____ ☐ Recebi os documentos assinalados
Nome _____
Matrícula Correios _____
Assinatura do Atendente _____

Scanned with CamScanner





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

- Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).
- Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

Cidade

CPF titular da conta

Profissão

Numero

Estado

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ 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)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Assinado por: Marcos Vitor da Rocha Menezes de 18 de 12 de 2019

Local e Data

Marcos Vitor da Rocha Menezes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

Scanned with CamScanner



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou DAMS - Despesas Médicas Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE
 Nome da Vítima _____
 Data do Acidente ____/____/____ CPF: _____

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE
 Nome _____
☐ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
 Endereço _____
 No. _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade _____ Estado: _____ UF: _____ CEP: _____
 Telefone _____ Email: _____

Informações Importantes!
 - O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
 - Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
 - A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
 - O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
 - Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
 - Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS MÉDICAS

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)
 Atenção! ➡ Preencha com ☒ Para documentação entregue
☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
☐ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
☐ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
☐ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
☐ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE
☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
☐ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
☐ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível).
☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
 Data ____/____/____
 Nome _____
 Identidade _____
 Assinatura do Portador _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
 Data ____/____/____ ☐ Recebi os documentos assinalados
 Nome _____
 Matricula Correios _____
 Assinatura do Atendente _____

Scanned with CamScanner





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SINISTRO 443/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0021206 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 003.768.803-56	Nome completo da vítima Adilce Ferreira dos Santos
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Adilce Ferreira dos Santos		CPF titular da conta	Profissão Bairrada
Endereço Vila do Sítio		Número 00	Complemento Casa
Bairro Zona Rural	Cidade Pinar	Estado Pinar	CEP 64775-000
Email ps-ferreira2010@hotmail.com		Telefone (DDD) (84) 98100-8500	
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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANKO Nome NRO		BANKO Nome NRO	
AGÊNCIA NRO 0728	D/V 013	AGÊNCIA NRO 00118352	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Pinar 05 de Outubro de 2018
Local e Data

Adilce Ferreira dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

Scanned with CamScanner



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VITIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

Nº

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

CIDADE

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

UF

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

CEP

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

BAIRRO

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

TELEFONE ()

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ EOL ETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

Adílio Ferreira da
Santos.

R4

Uso int:

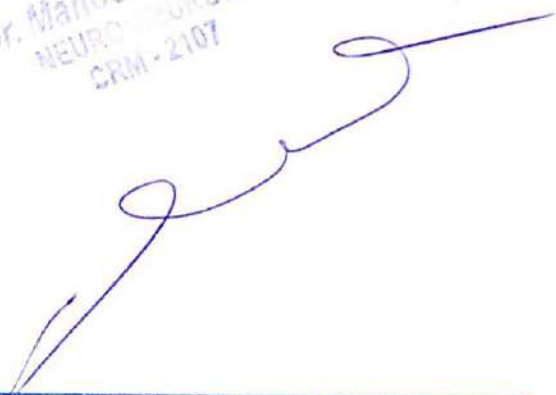
① Ginkgo biloba 120mg =

: Tomar 10 1 gr ao

dia

Trac 28
08
18

Dr. Manoel Bordini
NEUROLOGIA
CRM - 2107



• ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
• ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica 318, Jockey
• ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194.5555
clinicaultrax.com





hospital do olho
VER E VIVER MELHOR

Solicitação de Exame

Convênio: MEDPREV

Paciente: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Data de Nasc: 21/01/1981

Código: 192012

Indicação: DIFICULDADE NA VISAO AO OLHAR PARA ESQUERDA

Exames:

1. Campimetria computadorizada - BINOCULAR - Ambos os olhos
Quantidade: 2
2. Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) - binocular - Ambos os olhos
Quantidade: 2
3. Microscopia especular de córnea - Binocular - Ambos os olhos
Quantidade: 2

Teresina, 28 de agosto de 2018
Dr(a) **HELTON LUSTOSA LUZ**
CRM/PI-4250

Rua Magalhães Filho, 161 - CEP: 64001-350 - Teresina-PI
Fone: 86 3194-1000 86 9 9906-0047
adm@hospitaldoolho.com
www.hospitaldoolho.com
f @ hospitaldoolhothe

Scanned with CamScanner



CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM
Diagnóstico por imagem

Número: 1819
Nome: Adílio Ferreira dos Santos
Médico: Glauberth Danilo de A Castro

Data Exame: 11/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes helicoidais com espessura de 3,0mm, utilizando filtro para partes moles de alta definição e janela óssea de alta resolução, com reconstruções multiplanares e tridimensionais, partindo da base do crânio em direção ao centro semioval, evidencia:

- Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
- Restante do parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontina sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Estrutura óssea do crânio: preservada.
- Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
2. Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.

Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1657

Rua Abdias Neves, 658 - Aldeia
São Raimundo Nonato - PI
CEP 64770-000
Tel: (89) 3582-2498 / 98114-0036 / 99409-4713
E-mail: cristiano.landim@yahoo.com.br
www.clinicacristianopaeslandim.com.br

06.553.544-00
HOSPITAL REGIONAL SERRA
JOSE CANDIDO FERREZ

Prça. Getúlio Vargas, 155 - Aldeia
CEP 64770-000 - São Raimundo Nonato - PI

Receituário Controle Especial



Ultra-X

Credenciado em Diagnósticos médicos

Paciente: Adelino Francisco dos Santos

Endereço: _____

Prescrição:

R₁
① Paracetamol 300mg
Tomar 01x 3x ao dia
② Toradol 50mg
Tomar 01x 2x ao dia

Dr. Erlan Pécio
NEUROCIRURGIA
CLÍNICA DA COLUMNA VERTEBRAL
CRM-PI: 4682

Identificação do Comprador	
Nome completo:	<u>Bonifácio Pereira da Silva</u>
Ident.:	Órgão Emissor: <u>PI</u>
End.:	<u>Rua Francisco Faleiro</u>
Cidade:	<u>Barra Nova</u> UF: <u>PI</u>
Tel.:	() <u>08 09 3817855 94</u>

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	

1ª Via: Retenção da Farmácia ou Drograria / 2ª Via: Orientação ao Paciente

- ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica 318, Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194.5555
clinicaultrax.com

Scanned with CamScanner





HOSPITAL REGIONAL SENADOR JOSÉ CANDIDO FERRAZ
PRAÇA CAP. NEWTON RUBEN,
CENTRO, SÃO RAIMUNDO NONATO/PI - 64770-000
CNPJ: 06553564002009
(89) 3582-1413 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P076142
Data: 10/06/2018
Funcionário: ARLAN

Registro: 27942
Hora: 22:40:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 116

SUS

ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Nasc.: 21/01/1981 Idade: 37 ANOS, 5 MESES, 20 DIAS Profissão: CPF: - RG: 2.112.792 - SUS: 898002396010892
MOR: VEREDA DO SÍTIO, 0. Bairro: ZONA RURAL Cidade: BONFIM DO PIAUÍ/PI Civil: CEP: 64775-001
Cor: SEM Telefone: (89) 9812-72675 Mãe: DILSA FERREIRA DOS SANTOS Pai: TRENILDO MIUDO DOS SANTOS
Clínica: ENFERMAGEM Documento: 1 - PROFISSIONAL DE PLANTÃO
Responsável: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:
Temp.: °C

10/06/2018 22:40 0301060118 Procedimentos
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Paciente vítima de acidente motociclístico,
alcoolizado, Glasgow = 12, sonolento,
com lesão com contusão em região occipital.

06.553.564/0020-09
HOSPITAL REGIONAL SENADOR
JOSÉ CANDIDO FERRAZ

Procedimentos/exames realizados: Ass. Técnico

Ass. Técnico

Responsável: ADILIO FERREIRA DOS SANTOS

Scanned with CamScanner



CLÍNICA
CRISTIANO
PAES LANDIM
Diagnóstico por imagem

Número: 1819

Nome:

Médico:

Adilio Ferreira dos Santos

Glauberth Danilo de A Castro

Data Exame: 11/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes helicoidais com espessura de 3,0mm, utilizando filtro para partes moles de alta definição e janela óssea de alta resolução, com reconstruções multiplanares e tridimensionais, partindo da base do crânio em direção ao centro semioval, evidencia:

- Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
- Restante do parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação normais.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Cisternas encefálicas e pré-pontina sem alterações tomográficas.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermes com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Estrutura óssea do crânio: preservada.
- Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Focos de contusão hemorrágica com diâmetro médio de 1 cm localizados em lobos frontais, predominando à esquerda, e ao nível do sulco inter-hemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso marginal. Não se observa efeito expansivo associado.
2. Espessamento mucoso difuso em células etmoidais bilaterais e em compartimento direito do seio esfenoidal.

Leonardo Robert
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1657

Rua Abdias Neves, 658 – Aldeia
São Raimundo Nonato – PI
CEP 64770-000
Tel.: (89) 3582-2498 / 98114-0036 / 99409-4713
E-mail: cristianolandim@yahoo.com.br
www.clinicacristianopaeslandim.com.br

06.553.5640020-09

HOSPITAL REGIONAL SENADOR
JOSE CANDIDO FERRAZ

Praca Capitão Newton Ruben, 1351 - Aldeia
CEP 64770-000 - São Raimundo Nonato - PI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA24h
HOSPITAL REGIONAL SENADOR JOSÉ CÂNDIDO FERRAZ
Pra. Cap. Newton Rudez, 1351 - Almeida - CEP 64770-000 - São Raimundo Nonato - PI
CNPJ 06.553.564/0020-09

HRSJCF
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA: 11/06/18 PACIENTE: Adilson Figueira dos Santos

ENF.: Amarela LEITO: 01 REGISTRO:

DIETA:

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO MEDICAÇÃO

HORA

TEMP.

PULSO

P.A.

SPO2

RELATÓRIO ENFERMAGEM

11 TC 5 //

As 16:05 3 medicações prescritas
Dr. Clauberth Dantas Castro
em contato com a central de
Regulação de Leitos que liberou
a sala para o atendimento do paciente
no Hospital Teófilo Kuiper em
Termino PI

18:30

72

320/90

98.1

As 18:00

paciente chegou no
leito 01, em contato com a
central de Regulação de Leitos
e liberado para o atendimento
no Hospital Teófilo Kuiper em
Termino PI

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

4) Bromoprida 20mg, 2amp 140es

78.118 Castro
Enfermeiro

68.118 Castro
Enfermeiro

06.553.564/0020-09

HOSPITAL REGIONAL SENADOR
JOSE CÂNDIDO FERRAZ

Praça Capitão Newton Rudez, 1351 - Almeida - São Raimundo Nonato - PI

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Dr. Tatelly Castro
COREN-PI 63315
Enfermeiro

Scanned with CamScanner



HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ
Pra. Capitão Neulon Rubem, 1351 - Aldeia
CEP 64770-000 - São Raimundo Nonato - PI
CNPJ 06.553.564/0020-09 - Fones: (89) 3582-1413 / 3582-1824



HRSJCF
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 11/06/17 HORA: 16:05 Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: Serv. de Saúde da Família MUNICÍPIO: São Raimundo Nonato - PI
MÉDICO: Gláucia da Silva CRM: 275307
NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetria (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: Adilson Tereza dos Santos
Idade: 37 anos Sexo: () Masculino () Feminino
HDA: Paciente vítima de acidente motor, com TC de
crânio: Fratura de contusão hemisférica com diâmetro médio de 1 cm
localizada na região frontal, predominando a esquerda, e no nível
do sulco interhemisférico frontal, associados a discreto halo edematoso medial,
sem efeito expansivo associado,
ESCALA DE GLASGOW: 15
ABERTURA OCULAR
4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL
5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA
6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma
SINAIS VITAIS
T ax. _____ °C P: 99 bpm R: _____ mrm PA: 120/60 mmHg Sat O₂ 98 Glicemia: 101 mg/dl
PROCEDIMENTOS REALIZADOS
() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Flávio Nunes - Floresta - PI
Clínica/Posto: _____ Senha: 2018-0677067377

Gláucia da Silva CRM-PI 576
Assinatura e carimbo do Médico



CENTRO MÉDICO LÍVIO PARENTE

Rua São Pedro, 2265 - Centro

MENTOR - Sistema de Gestão Hospitalar

Solicitação de Exames

Data/Hora 27/08/2018 07:39:13

Página 1

Nome **ADILIO FERREIRA DOS SANTOS**Sexo **M** CPF 00176880356 RG 2112792 Prof.

Nascimento 21/01/1981 37 anos Tel. Cel. 89981008500

Médico **LÍVIO PARENTE FILHO**Médico Solic. **MEDICO NÃO DEFINIDO**

Obs

Local **---- VIA DO CLIENTE ----**

Código Descrição

Qtd Local

Guia

Realizante

Cod.Mov

Código **358414.01**Convênio **MEDPREV**Matrícula **3711846**Plano **GERAL**Guia/Senha **7098902/**Atendimento **27/08/2018 07:36:06**Recepção **NAYRA**

318973 T.C Crânio ou sela tursica ou órbitas

1 CENTRO MEDICO

7098902

LIVIO PARENTE

358414.01

Previsão de Entrega: 27/08/2018 17:00

Obs:

Scanned with CamScanner

