



CÓDIGO DE CONTROLE
REF: BFAA.8085.A9DE

A autenticação dos dados comprovante de voto
 será confirmada em Internet, no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:37:13 do dia 13/03/2012 (hora e data de emissão)
 dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.166.073-40

Nome
ANTONIO JOSE DA SILVA

Nascimento
4/10/1965

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TRIBUNOS NACIONAIS

NOME **ANTONIO JOSE DA SILVA** **DATA DE EMISSÃO** **10-03-03**

NOME **José Francisco da Silva**
MACLENE MARIA DA SILVA SOUSA

AR08295.P1 **11/03/2005**

Cert. Nas. nº 7.447.416-47-11v-A-13-28
exp. em Ar08295/P1, 9.03-01-98

Assinatura do Cartão
LEI Nº 7.116 DE 2005

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNADOR DO PIAUÍ
ALVARO ALVES DE SOUZA
SECRETÁRIO DE ESTADO

ANTONIO JOSE DA SILVA

4/10/1965

024.166.073-40

CÓDIGO DE CONTROLE
FRFT.BFPA.S08S.ABDE

A autenticação desta comprovante deve ser confirmada no sistema no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante em uso pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

de 10.07.13 do dia 13/08/2012 (hora e data de emissão)

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.168.073-40

Nome
ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Nasceu em
11/09/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2-652.218 NASCIM 10-03-03

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

José Francisco da Silva

Lucilene Maria da Silva Sousa

Aroazes.P1 11.08.1985

Cert. Nas. nº 447-fls-47-liv-A-13-28

exp. em Aroazes/P1, a 07-01-98

Assinatura do titular

LENNY MARCOS

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

11/09/1985

13

02.09.2012 - 20:41:11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010444711101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 150520624 B. INTR. 2013

1994
1561
0000
3888
0965
1870
4228
7955
3110
0000
6610

DAMILAO BATISTA DE SOUSA

01893216365 NIE-8166

PLACA ANTI-UR CHASSI

9C2KD04209R009043

COMBUSTIVEL

PAS/MOTO/CI/VEHICULO GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/NXR150-BROS-KS 2009 2009

CAP / POT / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

002P/1490C PARTICU VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS

1º IPVA

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA

ARACAJES 19/06/2013

SECRETARIA DE TRANSPORTES - DETRAN - PI

DUT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO

2013

CPF / CNPJ

01893216365

PLACA

NIE-8166

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 EXERCICIO 2013 DATA EMISSAO 19/06/2013

VIA 150520624 CPF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

RENAVAM 150620624 MARCA / MODELO HONDA/NXR150-BROS-KS

ANO FAB. 2009 CALIBRE 00 Nº CHASSI 9C2KD04209R009043

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

000,00 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

000,00 000,00 292,01

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO 19/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.609/0001-04

Damilton Batista de Sousa

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 2 (06/02/2018 16:02 - 00000026533)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010444711101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 150620624 RUTRO. EXERCÍCIO 2013

NOME DAMILAO BATISTA DE SOUSA

OFF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166
PLACA ANT / UF CHASSI 902KD042092009043

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MINIUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS K3 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CL. 002P/140CV CATEGORIA PARTICIP COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA

FAIXA 1/PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO 19/06/2013

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

LOCAL AROAZES DATA 19/06/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 GILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

OFF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 19/06/2013

VIA 1 OFF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

RENAVAM 150620624 MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS K3

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CHASSI 902KD042092009043

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) 000,00 DETRAN (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL DOS MOTOS SEGUROS (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 19/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Damilao Batista de Sousa

SEGURO DPVAT 2013 DATA 19/06/2013 16:02 - 000000025535

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144050/18
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

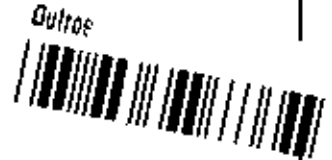
CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/05/2015
Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



ANTONIO JOSE DA SILVA : 024.166.073-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018
Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 024.166.073-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 30.05.2015 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 024.166.073-40

☐ PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

☐ DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (original)**
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ANTONIO JOSE DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail immlider@oi.com.br

Data 09-04-2018 Assinatura Antonio Jose da Silva Tel: 09 9981 2610

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AL VALENCA - PI

Atendente FABIANO JOSE SOARES SILVA Matrícula 8527541-7

Data: 09-04-2018 Assinatura: [Assinatura]

Vinicius Campos da Silva

De: José Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sônia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relatórios protocoladores medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.
Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir um desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.
Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 2º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20071-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial, seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificá-lo imediatamente.
CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER, except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.
Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144050/18
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/05/2015
Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2018
Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

ANTONIO JOSE DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

Outros



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180184120**
Vítima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **10/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

ASSUNTO: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento deste correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 014770MTB - car 05 - INVALIDEZ



Canal 11 1303332



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVADATA DO ACIDENTE 10-05-2015 CPF DA VÍTIMA 024 466 073-40

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É ANTONIO JOSE DA SILVAENDEREÇO DO PORTADOR FAZENDA SEBRA NEGRANº COMPLEMENTO BARRO ZONA RURALCIDADE AROA ZES UF PI CEP 64310-000E-MAIL imbelina026@gmail.com TELEFONE (88) 999 8126/10

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINA) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE E, 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-08-2018IDENTIDADE 265 2218 559-95ASSINATURA Antonio José da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-08-2018 MATR. CORREIOSNOME Fabiano José Soares SilvaASSINATURA Agente de Correios - Alex
Matr. 8.527.541-7

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção > 13/03/2018

C,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
thur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184120 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DATADO DE 08/08/2018: "PACIENTE SEM QUEIXAS, REABILITADO". NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184120 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DATADO DE 08/08/2018: "PACIENTE SEM QUEIXAS, REABILITADO". NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180184120**
Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **10/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180184120**

Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184120**.

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 12716144



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180184120**
Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **10/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13005374



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180184120**

Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180184120**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/05/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ANTONIO JOSÉ DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.652.218EXPEDIDO POR SSP/PIEM 10/03/03 ECPF 024166073-40 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO LAURADO?

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO JOSÉ DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0782 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-5934-4

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

AROARES-PI, 09 de ABRIL de 2018
LOCAL E DATA

Antonio José da Silva
assinatura do beneficiário

ATENÇÃO

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



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ANTONIO JOSE DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.652.218 EXPEDIDO POR SSP/PZ EM 10/03/03 E
 CPF 024366073-40 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO LAUNDOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0982 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-5934-4

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

AROARES-PI 09 de ABRIL de 2018
 LOCAL E DATA

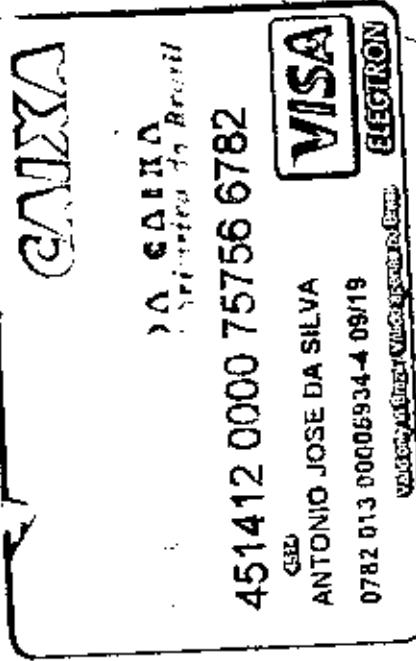
Antonio José da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



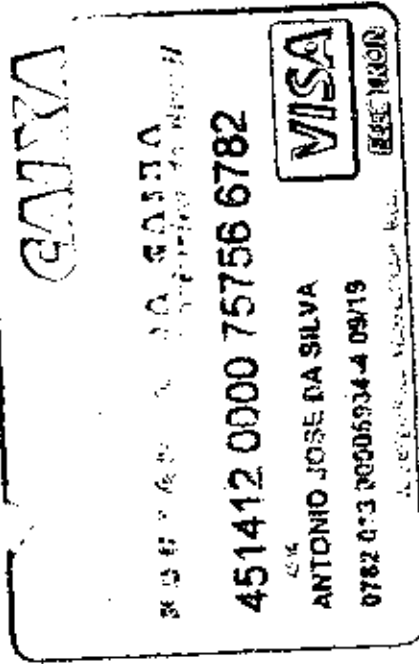
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURADORA LUBER IMPRINT 2 03/02/2016 16:03 - 000000026535



5159200000 - 00:91 818270/82 2 14-83 2001025



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

Unidade Policial: DP DE AROAZES

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 09/11/2015 - 09:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE AROAZES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

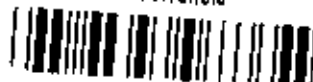
SERRA DA RAQUEL, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/05/2015 - 15:30

Boletim de ocorrência



Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DESCIDA DA SERRA DA RAQUEL, AROAZES-P

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

RG: 2652218 SSP PI

Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DA SILVA

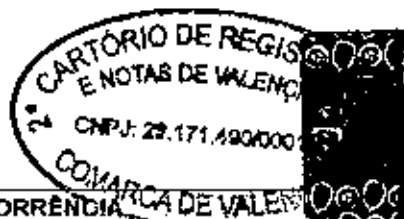
Endereço: FAZENDA SERRA NEGRA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9992-2261 89-3468-1160

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante



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	Outros	2009	NIE8166	9C2KD4309R009043	150620624	Vermelha

Condutor: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
End: FAZENDA SERRA NEGRA Número: Complemento:
Cidade: AROAZES UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 10/05/2015, POR VOLTA DAS 15:30 H, DESLOCAVA-SE DA FAZENDA SANTA FÉ PARA SUA RESIDÊNCIA NA FAZENDA SERRA NEGRA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE DAMIÃO BATISTA DE SOUSA, CPF 018.932.163-65; QUE, AO DESCER A LADEIRA DA SERRA DA RAQUEL, NUMA CURVA, AO ACIONAR O FREIO DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SOFRENDO FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DA PERNA ESQUERDA; QUE INICIALMENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E, EM SEGUIDA, TRAZIDO POR UM CARRO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE AROAZES-PI PARA O HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA-PI, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PIAUÍ, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO JOSÉ DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

MAYCON JESUS SILVA BRAGA

Delegado de Polícia



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 09, 04, 15
Em testº [assinatura] da verdade
[assinatura]
Tabelão Pública

SEGURADORA LIDER IMPRINT 2 08/02/2019 16:03 - 0000002542



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

Unidade Policial: DP DE AROAZES

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 09/11/2015 - 09:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE AROAZES

10/05/2015 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

SERRA DA RAQUEL, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DESCIDA DA SERRA DA RAQUEL, AROAZES-P

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2652218 SSP PI

Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DA SILVA

Endereço: FAZENDA SERRA NEGRA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9992-2261 89-3468-1160

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.	Outros	2009	NIE8166	9C2KD4309R009043	150620624	Vermelha

Condutor: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
End: FAZENDA SERRA NEGRA Número: Complemento:
Cidade: AROAZES UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 10/05/2015, POR VOLTA DAS 15:30 H, DESLOCAVA-SE DA FAZENDA SANTA FÉ PARA SUA RESIDÊNCIA NA FAZENDA SERRA NEGRA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE DAMIÃO BATISTA DE SOUSA, CPF 018.932.163-65; QUE, AO DESCER A LADEIRA DA SERRA DA RAQUEL, NUMA CURVA, AO ACIONAR O FREIO DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SOFRENDO FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DA PERNA ESQUERDA; QUE INICIALMENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E, EM SEGUIDA, TRAZIDO POR UM CARRO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE AROAZES-PI PARA O HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA-PI, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PIAUÍ, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO JOSE DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

MAYCON JESUS SILVA BRAGA
Delegado de Polícia

SEGURANÇA LIDER DEPART 2 08/02/2018 16:03 - 00000026542



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA

CPF da Vítima

024.366.073-40

Data do Acidente

10/05/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

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

ANANZES-PI, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

Antônio José da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

CPF da Vítima

024166073-40

Data do Acidente

10/05/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

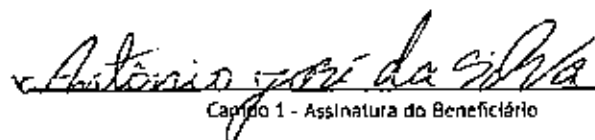
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou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

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

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

AROARES-PE 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

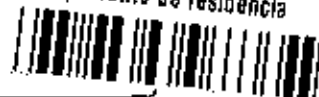


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, ANTONIO JOSE DA SILVA

RG nº 2652 218, data de expedição 10/03/03, Órgão SSP/PI.

CPF nº 024.166073-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>FAZENDA SERRA NEGRA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>ANOAZES -</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64310-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 99981-2610/99925-3262</u>
E-mail	<u>rnalima9026@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ANOAZES-PI, 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Jose da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO JOSE DA SILVA

RG nº 2652218, data de expedição 10/03/03, Órgão SSP/PE

CPF nº 024466073-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>FAZENDA SERENA NEGRA</u>
Número	<u>51 Nº</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>AROARES -</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64310-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 99981-2610 / 99925-3262</u>
E-mail	<u>maalima9026@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AROARES-PI, 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Jose da Silva

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 3859692

MARIA DONA DA SILVA

FZ SERRA NEGRA, S/N ,

B-RURAL

64310000 AROAZES

PI

CÓDIGO ÚNICO 7447191	MÊS 03/2018	PERÍODO DE CONSUMO 27/02/2018 a 28/03/2018
CONSUMO (kWh) 146	VENCIMENTO 05/04/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 92,30

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 7447191	MÊS 03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 92,30
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836200000005.923000170004.000000007443.719103180050



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 3859692

MARIA DONA DA SILVA

FZ SERRA NEGRA, S/N ,

B-RURAL

64310000 AROAZES

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
7447191	03/2018	27/02/2018 a 28/03/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
146	05/04/2018	R\$ 92,30

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
7447191	03/2018	R\$ 92,30

836200000005.923000170004.000000007443.719103180050



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Certifico e dou fé, que a presente
 Cópia confere com o original.
 Valença, 09/04/16
 Em testº _____ da verdade
 Tabella Pública



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



Eu, **DAMIÃO BATISTA DE SOUSA**, RG Nº**5000593-6**, data de expedição: 26/01/2004, órgão: SSP/PI, portador do CPF Nº 018.932.163-65, com domicílio na cidade de Aroazes, no Estado do Piauí, onde resido na Fazenda Serra Negra, s/nº, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima: **ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA**.

Veículo : **PAS/MOTOCICLE**

Ano: **2009**

Modelo: **HONDA/ NXR150 BROS KS/2009**

Placa: **NIE-8166**

Chassi: **9C2KD04309R009043**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Luis Paulo de Almeida
 Escrevente Autorizado
 RG/SP: 40.204.064-8
 CPF: 316.963.978-1

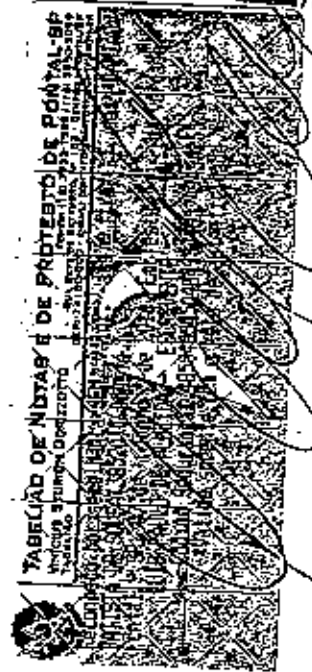
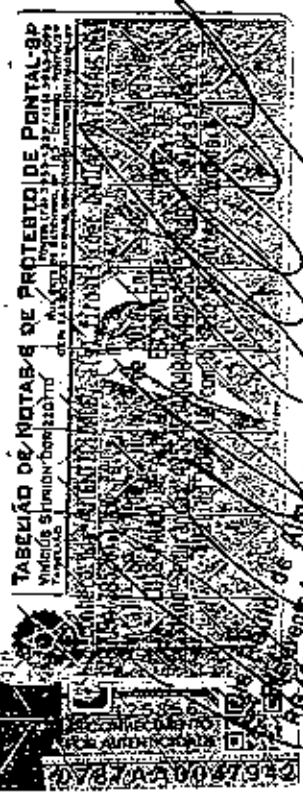
Aroazes-PI, 30 de Maio de 2016.



Damião Batista de Sousa

DAMIÃO BATISTA DE SOUSA

CPF: 018.932.163-65



SEGUROOPERA LIDER DPUNT 2 08/02/2018 16:02 - 000000026532

SEGLER, JIM DER DUAT 2 08/02/2018 16:02 - 00000026537

Luis Paulo de Almeida
Escritor e Autor
RG/SP: 40.204.086
CPF: 316.965.931

TABELIONATO
PONTAL - SP

TABELA DE NOTAS E DE PROTEÇÃO DE PONTA-S
 PONTA-S: 100-110-120-130-140-150-160-170-180-190-200-210-220-230-240-250-260-270-280-290-300-310-320-330-340-350-360-370-380-390-400-410-420-430-440-450-460-470-480-490-500-510-520-530-540-550-560-570-580-590-600-610-620-630-640-650-660-670-680-690-700-710-720-730-740-750-760-770-780-790-800-810-820-830-840-850-860-870-880-890-900-910-920-930-940-950-960-970-980-990-1000-1010-1020-1030-1040-1050-1060-1070-1080-1090-1100-1110-1120-1130-1140-1150-1160-1170-1180-1190-1200-1210-1220-1230-1240-1250-1260-1270-1280-1290-1300-1310-1320-1330-1340-1350-1360-1370-1380-1390-1400-1410-1420-1430-1440-1450-1460-1470-1480-1490-1500-1510-1520-1530-1540-1550-1560-1570-1580-1590-1600-1610-1620-1630-1640-1650-1660-1670-1680-1690-1700-1710-1720-1730-1740-1750-1760-1770-1780-1790-1800-1810-1820-1830-1840-1850-1860-1870-1880-1890-1900-1910-1920-1930-1940-1950-1960-1970-1980-1990-2000-2010-2020-2030-2040-2050-2060-2070-2080-2090-2100-2110-2120-2130-2140-2150-2160-2170-2180-2190-2200-2210-2220-2230-2240-2250-2260-2270-2280-2290-2300-2310-2320-2330-2340-2350-2360-2370-2380-2390-2400-2410-2420-2430-2440-2450-2460-2470-2480-2490-2500-2510-2520-2530-2540-2550-2560-2570-2580-2590-2600-2610-2620-2630-2640-2650-2660-2670-2680-2690-2700-2710-2720-2730-2740-2750-2760-2770-2780-2790-2800-2810-2820-2830-2840-2850-2860-2870-2880-2890-2900-2910-2920-2930-2940-2950-2960-2970-2980-2990-3000-3010-3020-3030-3040-3050-3060-3070-3080-3090-3100-3110-3120-3130-3140-3150-3160-3170-3180-3190-3200-3210-3220-3230-3240-3250-3260-3270-3280-3290-3300-3310-3320-3330-3340-3350-3360-3370-3380-3390-3400-3410-3420-3430-3440-3450-3460-3470-3480-3490-3500-3510-3520-3530-3540-3550-3560-3570-3580-3590-3600-3610-3620-3630-3640-3650-3660-3670-3680-3690-3700-3710-3720-3730-3740-3750-3760-3770-3780-3790-3800-3810-3820-3830-3840-3850-3860-3870-3880-3890-3900-3910-3920-3930-3940-3950-3960-3970-3980-3990-4000-4010-4020-4030-4040-4050-4060-4070-4080-4090-4100-4110-4120-4130-4140-4150-4160-4170-4180-4190-4200-4210-4220-4230-4240-4250-4260-4270-4280-4290-4300-4310-4320-4330-4340-4350-4360-4370-4380-4390-4400-4410-4420-4430-4440-4450-4460-4470-4480-4490-4500-4510-4520-4530-4540-4550-4560-4570-4580-4590-4600-4610-4620-4630-4640-4650-4660-4670-4680-4690-4700-4710-4720-4730-4740-4750-4760-4770-4780-4790-4800-4810-4820-4830-4840-4850-4860-4870-4880-4890-4900-4910-4920-4930-4940-4950-4960-4970-4980-4990-5000-5010-5020-5030-5040-5050-5060-5070-5080-5090-5100-5110-5120-5130-5140-5150-5160-5170-5180-5190-5200-5210-5220-5230-5240-5250-5260-5270-5280-5290-5300-5310-5320-5330-5340-5350-5360-5370-5380-5390-5400-5410-5420-5430-5440-5450-5460-5470-5480-5490-5500-5510-5520-5530-5540-5550-5560-5570-5580-5590-5600-5610-5620-5630-5640-5650-5660-5670-5680-5690-5700-5710-5720-5730-5740-5750-5760-5770-5780-5790-5800-5810-5820-5830-5840-5850-5860-5870-5880-5890-5900-5910-5920-5930-5940-5950-5960-5970-5980-5990-6000-6010-6020-6030-6040-6050-6060-6070-6080-6090-6100-6110-6120-6130-6140-6150-6160-6170-6180-6190-6200-6210-6220-6230-6240-6250-6260-6270-6280-6290-6300-6310-6320-6330-6340-6350-6360-6370-6380-6390-6400-6410-6420-6430-6440-6450-6460-6470-6480-6490-6500-6510-6520-6530-6540-6550-6560-6570-6580-6590-6600-6610-6620-6630-6640-6650-6660-6670-6680-6690-6700-6710-6720-6730-6740-6750-6760-6770-6780-6790-6800-6810-6820-6830-6840-6850-6860-6870-6880-6890-6900-6910-6920-6930-6940-6950-6960-6970-6980-6990-7000-7010-7020-7030-7040-7050-7060-7070-7080-7090-7100-7110-7120-7130-7140-7150-7160-7170-7180-7190-7200-7210-7220-7230-7240-7250-7260-7270-7280-7290-7300-7310-7320-7330-7340-7350-7360-7370-7380-7390-7400-7410-7420-7430-7440-7450-7460-7470-7480-7490-7500-7510-7520-7530-7540-7550-7560-7570-7580-7590-7600-7610-7620-7630-7640-7650-7660-7670-7680-7690-7700-7710-7720-7730-7740-7750-7760-7770-7780-7790-7800-7810-7820-7830-7840-7850-7860-7870-7880-7890-7900-7910-7920-7930-7940-7950-7960-7970-7980-7990-8000-8010-8020-8030-8040-8050-8060-8070-8080-8090-8100-8110-8120-8130-8140-8150-8160-8170-8180-8190-8200-8210-8220-8230-8240-8250-8260-8270-8280-8290-8300-8310-8320-8330-8340-8350-8360-8370-8380-8390-8400

TABELAÇÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE PONTAL-SP
 Rua RIBEIRO DE SALES, 113 - JARDIM JOSEFINO
 CEP 14180-000 - PONTAL, SP
 Fone: (13) 3333-3333

~~7/521 WJ 9107 R~~

~~SECRET~~

~~Not valid for use with O-20 & after 1/1/78~~

de

100

04.05.2013

978-8
564-8
PC

STAB
ON

RELIC
TAL-

ONAS
- SH

1

Are
D

Al

MI

es-
o
is
Ão
CF

0
PF

l,
B/
: C

30
AT
018

8.9

le
A:
GT
93

2. A

16

63

de
SC
-6

5

US

16
SA

1.

22

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

UNIONEN STURMION DORZUNTO

ALL EIGHT SEAS 200 US/1000000

BATISTA DE SOUSA(38520) - BRL 16,90

01541 23 9102 ep 01541 23 9102 ep

[illegible]

~~It appears that up to 80% of users create~~

10

...

15

1

1



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



SEGUNDA LIDER DEPART 2 08/02/2016 16:03 - 000000026543

Compare com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 15/01/15

Sector do Arquivo Técnico do HPMP

Setor de Arquivo Técnico do HPMP

HPMP 105170131-2 / Mat. 14495-9

Cidade do Setor do Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE:

Autour José da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

37906/15

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higinio Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220

Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

3451

2323451

5. NOME DO PACIENTE

6. Nº PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACK

10.1 NOME DA MÃE

12.1 ENDEREÇO

ENDEREÇO LOCAL

11. TELEFONE DE CONTATO

13. MUNICÍPIO

Pela: 005/900 CNS: 200513868300005

MAYNARD JOSE DA SILVA

CNPJ SUS

Matr:

Dt. Adm: 11/03/2012 Hr: 21:04

Med: 004

Dt. Nas: 11/09/1985 Perms: 5

Ident.: 2265221855 DEFERRIA 207-2 No: 2 LI

Enderec: FAZENDA GERRA NEGRA

Bairro: ZONA RURAL

ARROSES

Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA

Fone.: 9989 5875/98 Uterio.: AOA

ENTOS: RG CPF

COMPLEMENTO

PLEMENTO LOCAL

UF 16. CEP

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em perna com lesão
instabilidade funcional

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Rx perna com AP/R-PL

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25. COD. DO PROCEDIMENTO

26. LETICLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29. CNSICP

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

Dr. Raphael Gomes

31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

36. () ACID TRABALHO TÍPICO

37. CNPJ EMPRESA

38. CNAE EMPRESA

39. CBOR

37. () ACID TRABALHO TRAJETO

41. CID 10 PRINCIPAL

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

42. CID 10 SECUNDÁRIO

43. () LEVE

44. () GRAVE

45. () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

47. DT. AUT.

48. CNSICP

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

51. DT. AUT.

52. CNSICP

53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

INTERNOU-SE N/HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM NOUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Nº

Gr

Ci

Re

Pa

Mo

Se

Pront.: 0037900 CMS: 200513868300005
ANTONIO JOSE DA SILVA
Cv: SUS
Dt. Adm: 11/05/2015 Hrs: 21:04
Medico: -
Dt. Nasc: 11/09/1985 Perna: 5
Ident.: 2265221885 ENFERMARIA 207-2 NO
Enderec: FAZENDA SERRA NEGRA
Bairro: ZONA RURAL ARIQUES 64031000 PI
Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA
Fon: 9930 3875/98 Usuari: 403

W de Dependência

2 NAMPS outros

1º

Bairro

Naturalidade

Naturalidade

C.P.

Residência (Rua, Av, Etc.)

Nº

Bairro

Histórico Clínico Registro as Palavras do Doente e Todos os Achados de Exam. a Que Foi Submetido

Do + Exame + Do
Trauma em punha com lesões
importante funcional

DIAGNÓSTICO

Provisório

Fratura tibia

Principal

Procedimento

Fixação cirúrgica tibia

Sintomas e Sinais Principais

Do, edema, importância funcional em punha

Causa Médica

Histó - Patológico

TRATAMENTO

Tipo

Terapêuticas Médicas

Operação

Eficácia

☐ Nenhuma

☐ Médico

☐ Cirurgia

☐ Médico Cirúrgico

Ortopédica
tibia

Principal

Acessório

☐ Eficaz

☐ Ineficaz

☐ Prejudicial

☐ Não Avaliada

DURAÇÃO

Data de Internação

Hora

Data de alta

Hora

Data de Hospitalização

11/05/15

14/05/15

ALTA

SAÍDA

Transferência

Óbito

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ A pedido

☐ Internação pr Diagnóstico

☐ Divisão Médica

☐ Per Indisciplina

☐ Evolução

☐ P. Ambulatório

☐ Internação pr Diagnóstico

☐ Fisiologia

☐ Psiquiatria

☐ Outros

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico.

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.

☐ Ocorrido após 48 horas de internação.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 13/05/15
Nº DO PRONTUÁRIO 35900 SALA 00
CÓD DA CIRURGIA: 0100050500

Descrição da Cirurgia:

Paciente em tratamento de fratura de antebraço -
região NTE / Anestesia anti-repê / Anest.
interna lateral a tibia. 1. Incisão por plano
transversal para fratura tibia. 2. Redução
cirúrgica / Fixação fratura tibia com
placa e parafusos / Menor de incisão para
3. Sutura por plano / Curativo aderido
na 4. Liberação de região NTE.

Assinatura do Cirurgião
Nome: JOSÉ ROBERTO A. SILVA
Cidade de São José do Arraial

Cirurgia: Tto cirúrgico fratura tibia 1

Cirurgião: Dr. Roberto Silva

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 13/05/2015
Nº DE PONTUAÇÃO: 3300
CDD DA CIRURGIA: 06

NOME: Antonio Jose da Silva
PROCEDIMENTO: PROLAPSO DO RECTO
CIRURGIÃO: R. Ribeiro
DISTR.: Vitoria
P.A.: 15.20 16.20 16.40
Idade: 50 Anos
Sexo: M
ASA: 1
Anest. e Labor.: R. Ribeiro
Anestesia: R. Ribeiro
SALA: 06
Circ.: R. Ribeiro
Fm.: R. Ribeiro
Glicemia: R. Ribeiro
Respi: R. Ribeiro

| ANESTESIA | OXIGÊNIO | SEQUÊNCIA |
|-----------|----------|-----------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |
| 31 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |
| 36 | | |
| 37 | | |
| 38 | | |
| 39 | | |
| 40 | | |
| 41 | | |
| 42 | | |
| 43 | | |
| 44 | | |
| 45 | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |
| 49 | | |
| 50 | | |
| 51 | | |
| 52 | | |
| 53 | | |
| 54 | | |
| 55 | | |
| 56 | | |
| 57 | | |
| 58 | | |
| 59 | | |
| 60 | | |
| 61 | | |
| 62 | | |
| 63 | | |
| 64 | | |
| 65 | | |
| 66 | | |
| 67 | | |
| 68 | | |
| 69 | | |
| 70 | | |
| 71 | | |
| 72 | | |
| 73 | | |
| 74 | | |
| 75 | | |
| 76 | | |
| 77 | | |
| 78 | | |
| 79 | | |
| 80 | | |
| 81 | | |
| 82 | | |
| 83 | | |
| 84 | | |
| 85 | | |
| 86 | | |
| 87 | | |
| 88 | | |
| 89 | | |
| 90 | | |
| 91 | | |
| 92 | | |
| 93 | | |
| 94 | | |
| 95 | | |
| 96 | | |
| 97 | | |
| 98 | | |
| 99 | | |
| 100 | | |

Técnicas Anestésicas: Raqui-anestesia, PUM L4/L5
Comentários Adicionais: Anest. L.C. e bloqueio, agulha 25G

| Medicamentos Utilizados | Medicamentos Utilizados | Medicamentos Utilizados |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Adrenalina _____ Amp | Dolantina _____ Amp | Midazolam _____ Fr |
| Agua dest. 10ml _____ Amp | Droperidol _____ Amp | Metoprolol _____ Fr |
| Atropina _____ Amp | Etorix _____ Amp | Naloxona 0.5% _____ Amp |
| Bextra _____ Amp | Efedrina _____ Amp | Narcan _____ Amp |
| Bromoprida _____ Amp | Enfufurano _____ ml | Nervadol 0.5% _____ Fr |
| Calciofina 1g _____ Fr | Fentanil _____ ml | Nitroglicerina _____ Amp |
| Calciofina _____ Fr | Fentanil (SIC) _____ Amp | Nitroglicerina 0.5% Pedlar _____ Amp |
| Ciprofloxacina _____ Fr | Holotano _____ ml | Nitroglicerina _____ Amp |
| Clonidina _____ Amp | Midocortizone _____ ml | Onaprazol _____ Fr |
| Coloides () _____ Fr | Isoflurano _____ ml | Ondansetrona _____ Amp |
| Dexametazone _____ Amp | Jelco 1% _____ Und | Pobal Col _____ Fr |
| Diazepam _____ Amp | Lidocaina 1% _____ Fr | Procainolol _____ Amp |
| Glucosa 5% _____ Amp | Metachloranida _____ Amp | Propofol _____ ml |
| Glucosa 10% _____ Amp | Morfol _____ Fr | Rentidine _____ Amp |
| | | Quelicin _____ Amp |
| | | Quetamina _____ ml |
| | | Rentidine _____ Fr |
| | | Ringer lactato _____ Fr |
| | | S. Stisolol 0.5% _____ ml |
| | | S. Glucosado 0% _____ ml |
| | | Sculp 1% _____ Und |
| | | Tracur _____ Amp |
| | | Tramadol _____ Fr |
| | | Tramadol _____ Fr |

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM-PI 1696 CRM-MA 3749

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antônio José da Silva
IDADE: 29 anos ESTADO CIVIL: casado
ENDEREÇO: Serra Negra, Aracazins Pissini
CIDADE DE ORIGEM: Aracazins PI
RESPONSÁVEL: _____

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Exatidão da Tórax e Pericardio
da Pericardio

DIAGNÓSTICO

Exatidão da Tórax e Pericardio
da Pericardio

EXAMES REALIZADOS

Exame físico
Rx da Pericardio

TRATAMENTO REALIZADO

Poliquinona

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Não tem mais profissionais
para realizar o exame
Aracazins PI

DATA: 10/05/15

Dr. Daniel Ferreira de Menezes Santos
Clínica Médica / Radiologia
CRM 41205 / R. 15/15/15

ASSINATURA DO MÉDICO



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº. ORDEM: 235

NOME: ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA

MÉDICO SOLICITANTE: Leandro Ponce Leal

DATA: 12/05/2015

CONVÊNIO: INTERNO / 207 - 02

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas completas, desalinhadas, localizadas nas diáfises distais da tíbia e fíbula.

Aumento das partes moles da pema.

SEKUNDÄRE LIEDER DRUHT 2 08/02/2018 16:04 - 00000026543

ESP/105153153-2 / 11.01.1983
Chefe de Seção de Engenharia

ORA. LIEGE RIBEIRO SOARES DE
SAMPAIO
RADIOLOGISTA - CRM 4173 PJ

Av. Ministro Goulart, 1842 - Juncos - Teresopolis
CEP 84014-220 - CNPJ 07.444.154/0002-27

Telephone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA**
 MÉDICO: **Dr. Raphael Bona**
 CONVÊNIO: **SUS INTERNO ENF-207/02**

IDADE: **29 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERÊNCIA:

Hemácias em milhões/mm³
 Hemoglobina em g/dl
 Hematócrito em %

4,90
14,0
45,0

| HOMEM | MULHER |
|-------------|-------------|
| 4,5 - 5,5 | 3,9 - 5,8 |
| 13,5 - 18,0 | 11,5 - 16,4 |
| 40,0 - 54,0 | 36,0 - 47,0 |

OBSERVAÇÕES:

Hemácias normocíticas e normocrômicas

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.100

4.000 10.000

| | % | REFERENCIAL | | ABSOLUTO | REFERENCIAL | |
|----------------|----|-------------|----|----------|-------------|------|
| Bastões | 2 | 3 | 5 | 102 | 120 | 500 |
| Segmentados | 55 | 50 | 66 | 2.805 | 2000 | 6500 |
| Eosinófilos | 2 | 2 | 4 | 102 | 80 | 400 |
| Basófilos | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 100 |
| Linfócitos | 40 | 20 | 30 | 2.040 | 200 | 3000 |
| Monócitos | 1 | 4 | 6 | 51 | 150 | 600 |
| Metamielócitos | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 100 |
| Mielócitos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

OBSERVAÇÕES:

1.º. Rm. 1.º. andar
 Rua do Sol, 1642 - Ilhotas - Teresina - PI
 CEP: 64.014-090 - Fone: (86) 3216-1256 Fax: (86) 3216-1520

PLAQUETAS

296.000/mm³ 100.000/mm³ 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES:

Plaquetas Morfológicamente normais e bem distribuídas

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS M. **ABED**
 CAP. OPM - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF - PI 292

NARCILDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0995

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
 CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

SEGURADORA LIDER DEPART 2 08/02/2018 16:04 - 000000026-1381



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

IDADE: **29 ANOS**

MEDICO: **Dr. Raphael Bona**

CONVENIO: **SUS INTERNO ENF. 2077/02**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

| | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| TEMPO DE SANGRAMENTO: | 02 min. 00 seg. | REFERENCIAL:
Até 3 minutos |
| TEMPO DE COAGULAÇÃO: | 06 min. 00 seg. | De 5 min. Até 10 min. |
| PROVA DO LAÇO: | NEGATIVO | Negativa |
| RETRAÇÃO DO COÁGULO: | TOTAL | Normal |

SERENIDADE LIDER DPVRI 2 08/02/2018 16:04 - 000000026 SP

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE: **96 mg/dl** 70 - 99 mg/dl

[Handwritten signature]
 TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO
 CRF-PI 1245

RAULINO E. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF-PI 291

HAROLD LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014-090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



SEGURADORA LIDER DPPIPT 2 03/02/2018 16:03 - 000000026543

Compare com o(a) original que
apresentado(a) e dou fé.

Em 15/10/15

Setor de Arquivo Técnico do HPMPPI

Ass: [Assinatura]
Nome: [Nome]
Cargo: [Cargo]

NOME DO PACIENTE:

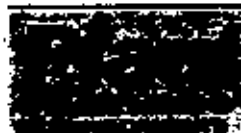
Autson José da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

37906/15

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhéus - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216-1528

Saúde
Secretaria de Estado



SE Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

| | |
|--|---------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE | 3451 |
| 2. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR | 2323451 |

| | | |
|---|------------------|----------------|
| 5. NOME DO PACIENTE
PAULO JOSÉ DA SILVA | 6. Nº PRONTUÁRIO | 7. CARTÃO NACK |
| 10.1 NOME DA MÃE | 12.1 ENDEREÇO | ENDEREÇO LOCAL |
| 11. TELEFONE DE CONTATO | 13. MUNICÍPIO | 14. CEP |

15. DATA DE NASCIMENTO: 11/09/1985
16. SEXO: M
17. IDADE: 27 ANOS
18. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
19. NACIONALIDADE: BRASILEIRO
20. RACIA: BRANCO
21. ENDEREÇO: FAZENDA SERRA NEGRA
22. BAIRRO: ZONA RURAL
23. CIDADE: MARIA DA SILVA
24. ESTADO: RJ
25. CEP: 23234-510

| |
|---|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Fratura com perda de função |
|---|

| |
|--|
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Acidente |
|--|

| |
|---|
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Rx perna @ Ap/Pr/Pl |
|---|

| | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de perna | 21. CID 10 PRINCIPAL
S82.2 | 22. CID 10 SECUNDÁRIO | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|

| | |
|---|--|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento cirúrgico | 25. CUSTO DO PROCEDIMENTO
R\$ 4.805,00 |
|---|--|

| | | | |
|------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| 26. LETICIAÇÃO
ORTOPEDIA | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA | 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Raphael Costa | 29. CNES/CPF
55171253-10 |
|------------------------------------|--|--|------------------------------------|

| |
|---|
| 30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |
|---|

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| 31. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33. CNP/DA SEGURADORA | 34. Nº DO BILHETE | 35. SÉRIE |
| 36. () ACID TRABALHO TÍPICO | 37. CNP/EMPRESA | 38. CNP/EMPRESA | 39. CNP/EMPRESA |
| 40. () ACID TRABALHO TRAJETO | 41. CID 10 PRINCIPAL | 42. CID 10 SECUNDÁRIO | 43. () LEVE |
| 44. () GRAVE | 45. () GRAVÍSSIMA | 46. () GRAVÍSSIMA | 47. () GRAVÍSSIMA |

| | |
|--|--|
| 48. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Dr. Raphael Costa | 49. JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO |
| 50. DT. AUT.
05/10/15 | 51. NOME DO PROFISSIONAL / PARÊCER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA |
| 52. CNES/CPF
55171253-10 | 53. DT. AUT. |
| 54. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) | 55. CNES/CPF |



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM NOUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Pront.: 0037900 CNS: 200513868300005
ANTONIO JOSE DA SILVA
Cvx SUS
Dt. Adm: 11/05/2015 Hrs: 21:04
Médicos: -
Dt. Nasc: 11/09/1985 Perim: 5
Ident.: 228521855 ENFERMIA 207-2 H:
Enderec: FARMACIA SANTA MARIA
Bairro: ZONA RURAL ARCOVERDE
Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA
Fone...: 9908 3875/90 Uauerio: 004

End. Dependência

EXAMES OUTROS

Nº

Nome

Naturalidade

Naturalidade

C.P.

Nº

Nome

Residência (Rua, Av, Etc.)

Histórico Clínico Registro as Palavras do Doente e Todos os Achados da Exam. a Que Foi Submetido

Do + Exame + Do
Trauma em punho com lesões
importante funcional

Atestado de Exame
Folha de Exame 199-2 / MME 14675-9
Data do Exame 11/05/2015

DIAGNÓSTICO

CID S 8.2.2

Provisório

Principal

Procedimento

Sintomas e Sinais Principais

Exame Médico

Histó - Patológico

Do, exame, importante fun-
cional em punho

TRATAMENTO

| Tipo | Terapêutica Médica | Operação | Eficácia |
|---|-------------------------------------|------------------------|---|
| ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirúrgico | <i>Osteosintese</i>
<i>xifra</i> | Principal
Acessório | ☐ Eficácia
☐ Ineficaz
☐ Prejudicial
☐ Não Avaliada |

DURAÇÃO

| Data da Internação | Hora | Data da Alta | Hora | Data de Hospitalização |
|--------------------|------|-----------------|------|------------------------|
| <i>11/05/15</i> | | <i>14/05/15</i> | | |

ALTA

| SAÍDA | Transferência | Óbito |
|--|--|--|
| ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Interferido
☐ A pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico | ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório | ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros |
| | | ☐ Ocorrida nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico.
☐ Ocorrida nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.
☐ Ocorrida após 48 horas de internação. |



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 13, 05, 15
Nº DO PRONTUÁRIO 35900 SALA 00
CÓD DA CIRURGIA: 0408050500

Descrição da Cirurgia:

Paciente com lesão de nível da articulação
inferior da articulação do ombro + antebraço. Acesso
interno lateral a tibia. 1) Incisão por plano
transversal para de fratura tibia. 2) Redução
cirúrgica / Fixação fratura tibia com
placa e parafusos / Drenagem de incisão por
1) Sutura por plano / Curativo cirúrgico
normal / Cuidados de enfermagem de.

[Signature]

[Stamp]
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA 105158793-1 / TEL. 14435-9
CIDADE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ

Cirurgia: Tto cirúrgico fratura tibia 1

Cirurgião: Dr. Raphael Barreto

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

DATA: 13/03/2008
Nº DO PRONTUÁRIO: 34500
COD DA CIRURGIA: 11000

NOME: Antonio Jose da Silva
PROCESSO Nº: 0190505-0 REDEFINIR TUBER
CARTEIRA Nº: 1740816 ANEXO: 1740816
MISTR: J. B. P. CMC: A. M. P. SALA: 06
PA: F. B. P. PESO: 140 kg Ocorrida: Graetina: Atip:

[illegible]

Continued from Page 10

Raguiarasteria, PLM L34

Continued from Page 10

Amor, L.C. & Liming,
 August 2005

☐ ECO
☐ PRN
☐ PLAN

☐ Oxidation
☐ Condensation
☐ PVC

| Amount | Units | Value | Time | Sample |
|----------------------|-------|-------|------|--------|
| Carbonyl 2.2 | | | | |
| H ₂ O 1.0 | | | | |
| See chart 1.1 | | | | |

[illegible]

| | |
|-----------------|-----|
| Adrenaline | Ans |
| Agon dest. 1000 | Ans |
| Agropine | Ans |
| Ascorb | Ans |
| Bromocriptine | Ans |
| Cefazolin 1g | Fr |
| Cefuroxime | Fr |
| Clozapine | Fr |
| Cocaine | Ans |
| Cocaine () | Fr |
| Dexamethasone | Ans |
| Diazepam | Ans |
| Ofazepam | Ans |
| Ofazone | Ans |

| | |
|--------------|--------|
| Deltoid | Amp |
| Groenland | Amp |
| Ethiop | Amp |
| Estadon | Ramp |
| Emfotrac | ml |
| Felton | ml |
| Funkel (SIC) | Amp |
| Holstein | ml |
| Hiltschortz | ml |
| Institut | ml |
| Jalco W | Unit |
| Lidocaine | % % Fe |
| Methylpropyl | Ave |
| Metoprolol | Fe |

[illegible]

| | | |
|----------------------|-------|-------|
| Proposed | _____ | Assn. |
| Radiation | _____ | Assn. |
| Quillins | _____ | Assn. |
| Quickstarts | _____ | Assn. |
| Rehabilitation | _____ | Ft. |
| Religious Activities | _____ | Ft. |
| S. Panchang, GSI | _____ | Ft. |
| S. Ullasappa, GSI | _____ | Ft. |
| Scallops | _____ | Ft. |
| Trees | _____ | Assn. |
| Threats | _____ | Ft. |
| Threats | _____ | Ft. |

Dr. Wilson Roberto Soares
Médico Anestesiologista
CRM-41758 - CREA-MA 3748

147/11

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antonio José da Silva
IDADE: 29 anos ESTADO CIVIL: casado
ENDEREÇO: Serra Negra, Arcozinhos Piau
CIDADE DE ORIGEM: Arcozinhos PI
RESPONSÁVEL: _____

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Transtorno da Tensão e Percepção
da Pessoa

DIAGNÓSTICO

Transtorno da Tensão e Percepção
da Pessoa

EXAMES REALIZADOS

Exame físico
Rx da Percepção

TRATAMENTO REALIZADO

Voluntária

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Não tem profissionais
para a realização do procedimento
Arcozinhos PI

DATA: 10/05/15

Dr. Antonio Carlos de Almeida Santos
Clínica Médica - Cardiologia
Cadastrado em 15/05/2015

ASSINATURA DO MÉDICO



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº. ORDEM: 235
NOME: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
MÉDICO SOLICITANTE: Leandro Ponce Leal

DATA: 12/05/2015
CONVÊNIO: INTERNO / 207 - 02

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas completas, desalinhadas, localizadas nas diáfises distais da tíbia e fíbula.

Aumento das partes moles da perna.

SEQUIORRA LIDER DEPART 2 06/02/2018 16:04 - 00000026549

LES PERNAS ESQUERDA - 2015
FOLHA 001/001/12/15/15
Chefe do Setor de Radiologia

DRA. LÍGE RIBEIRO SOARES DE
SANTANA
RADIOLOGISTA - CRM 4173 PI

Telefone: 085 3227-6885
Fax: 085 3218-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME **ANTONIO JOSE DA SILVA**

IDADE **39 ANOS**

MEDICO **Dr. Raphael Bona**

CONVENIO: **SUS INTERNO NF 207/12**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

| | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------------|
| TEMPO DE SANGRAMENTO: | 02 min. 30 seg. | REFERENCIAL:
Até 3 minutos |
| TEMPO DE COAGULAÇÃO: | 05 min. 10 seg. | De 5 min. Até 10 min. |
| PROVA DO LAÇO: | NEGATIVO | Negativa |
| RETRAÇÃO DO COÁGULO: | POSITIVO | Normal |
|
OBSERVAÇÃO: | | |
| GLICOSE | 96 mg/dl | 70 - 99 mg/dl |

SEMILOGRA LIDER QUART 2 08/02/2018 16:04 - 000000026

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Data: 10/05/2015

Funcionario: ANINHA

Registro: 76643

Hora: 17:30:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS**Senha 2****ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Civil: CASADO(A)

CEP: 64310-00

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL * Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa principal:** TRAUMA**Exame clínico/físico:****Diagnóstico provável:****Medicação:****Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ - 2016/02/2016 16:03 - 000000626535

Jarbas Nogueira Matias
Assento
CREMEP 1205

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Requisitante:

Data: 06/11/2015

Nº.: 26917

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese com placas e parafusos fixando fratura do terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua completa em consolidação do terço distal da fibula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

SEGREX08 LIDER IMPR 2 08/02/2016 16:04 - 000000026552

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Data: 10/05/2015

Funcionário: ANINHA

Registro: 76643

Hora: 17:30:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 2

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Civil: CASADO(A)

CEP: 64310-00

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Registro: 76643

Data: 10/05/2015

Hora: 17:30:00

Funcionário: ANINHA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 2

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Civil: CASADO(A) CEP: 64310-00

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL - Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

SUS: 200513868300005 0301060037 10/05/2015 17:30 16:03 000000 26540

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALÊNCIA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: PD136928
Data: 10/05/2015
Fundador: ANINHA

Registro: 76643
Hora: 17:30:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Cor: PARDA Telefone: (89) -

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Profissão: TRATORISTA

Civil: CASADO(A) CEP: 64310-00

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

SESSÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 2 04/02/2018 16:03 - 00000026559

Jarbas Nogueira Matias
Médico
CRM-PI 1205

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
Requisitante:
Data: 06/11/2015

Nº.: 26917

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese com placas e parafusos fixando fratura do terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua completa em consolidação do terço distal da fíbula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

SEGUROSA LIDER DEPART 2 08/02/2016 16:04 - 000000026552

Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico - CREMEPI-1205

RECEITUÁRIO

Paciente:

Antônio José da Silva

LAUDO MÉDICO

10/05/2015 - Acidente por queda de
motocicleta, com fratura
da perna esquerda.
Encaminhado para HPMT/FE-
PESINA.

11/05/2015 - Internado no HPMT/FE-PESINA
para aguardar tratamento
cirúrgico de fratura

13/05/2015 - Submetido o tratamen-
to cirúrgico - redução de
fratura com fixação
metélica.

Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico

CRM: 1205 - PI

Dr. Jarbas Nogueira Matias
Médico
CREMEPI-1205

Data, ____/____/____

RUA SÃO JOÃO, 441 CENTRO - CEP 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ-PI.

Documentação médica - hospital



(02)
Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico - CREMEPI-1205

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

14/05/2015 - Alta hospitalar
e encaminhado para
convalescência pós-cirur-
gica e com suporte trata-
mento fisioterápico
de reabilitação funcional

20/11/2015 - Paciente com boa
reabilitação, alta do
tratamento fisioterápico

08/11/2018 - Paciente em boas condições
de reabilitação.

Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico

CRM: 1205 - PI

Dr. Jarbas Nogueira Matias
Médico
CREMEPI 1205

Data, 08.08.2018

RUA SÃO JOÃO, 441 CENTRO - CEP 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ-PI