

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FRANCISCO HERMANO DE SOUZA inscrito (a) no CPF/CNPJ 374.113.813-49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.478.733/70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDES da Vítima NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.478.733/70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA CEL. JOÃO CRISTÓFOS</u>		Número <u>390</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>SÃO JOÃO</u>	Cidade <u>CANFO MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.230.000</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(86) 999523722</u>		Telefone celular (DDD)

Canfo maior - PI, de ABRIL de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 43a:1m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798459 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989884 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 14/12/2017

**COLUNA CERVICAL**

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

André Caetano de Almeida Marques  
Metrôcula: 082315  
SAME HUT  
CONFERE COM ORIGINAL





REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Dor				
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas e Responsáveis					



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

DIGITADO

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0149901

Data: 15/12/2017

Funcionario: MAZE

Registro: 57720

Hora: 20:20:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS****Senha 88****NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Nasc.: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS, 11

End.: LOCALIDADE REALENGO, 0 -

IBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

CPF: 015.478.733-70 - RG: 1.620824 - SUS: 701004850329213

Telefone: (86) 9941-90555

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsavel: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 140/100

**Procedimentos**

15/12/2017 20:20 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

15/12/2017 20:23 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa principal:** DISPNEIA**Hipótese Diagnóstica Atual:**

Cefaleia, dor torácica há 1 dia após atropelamento por cowbird ontem (estava conduzindo bicicleta). Náuseas com vômitos

**Antecedente Pessoais:****Antecedente Hereditário:****Exame clínico/físico:**

Exsudações múltiplas

**Diagnóstico provável:**

Contusão, fratura de costela

**Medicação:**

Dolac

**Conduta:**José Augusto Alves Peres  
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI  
Matrícula 158459-6**Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

① Voltaren 25mg/ml - 4 amp 7m agora

20:35  
Maria Rosa da Silva  
Téc. de Enf.  
COREN-291835  
Urgência e Emergência

Dr. Jefferson Mesquita

CRM-1106631

Responsavel: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

6460 - CAROLINA COELHO MELLO



**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO  
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI  
(86) 3252-4546

**Resumo de Alta / Transferência****I08711 - NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Data: 14/12/2017 Leito: EX0601

**RESUMO CLÍNICO**

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:



Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

**Condições de Alta / Transferência**☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico

CRM/Carimbo



SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA: 14/12/17 HORA: 18:02 N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_  
HOSPITAL SOLICITANTE: HRCM - PI MUNICÍPIO: C. MAIOR - PI  
MÉDICO: CARLOS BALBOIA CRM: 2.140

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MASSIMILIANO NUNES DE CARVALHO  
Idade: 42 anos Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino  
HDA: PL 75 TRAZIDO PELA SANGUE ALTO, EM  
REALIZADO O REBAIXAMENTO DA CONJUNÇÃO  
LI HISTÓRIA DE QUADRO DE BICICLOTA E TRAZIDA DE  
UMA CARROTA APARTANDO ELCOMANDO NO POTO  
E TORÇÃO LIGADA.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: \_\_\_\_\_ °C P: 78 bpm R: 20 mm PA: 121/8 mmHg Sat O<sub>2</sub>: 98 Glicemia: 115 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

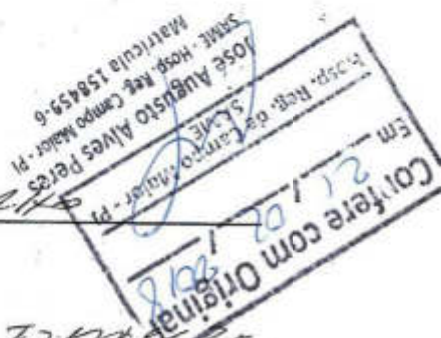
- ( ) Oxigênio (x) Hidratação Venosa  
( ) Aspiração ( ) Medicação 2ipm + Debr  
( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT. SGT. VV. VV.  
Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 122017045

Assinatura e carimbo do Médico



Dr. Antonio Carlos Sandoval B. Silva  
Médico do Trabalho Clínico Geral  
CRM-PI 2240 CRM-MA 3080  
CRM-PA 132 259 283-72





# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

## Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Exame Físico	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Hospital de Destino	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas		29 Dor		
	1 - Iguais 2 - Desiguais		ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Observações Interdisciplinar	27 Pulso Radial		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)
	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte
	1 - Sim 2 - Não		Não Removido <input type="checkbox"/> 06 MAR 2018		
Observações Interdisciplinar 35 Observações Interdisciplinar 36 Observações Interdisciplinar 37 Observações Interdisciplinar 38 Observações Interdisciplinar 39 Observações Interdisciplinar 40 Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção: _____ Socorristas: Médico _____ Enfermeiro _____ Condutor _____ AE/TE _____					

PI CORRETORA DE SEGUROS

06 MAR 2018

CONFERE COM ORIGINAL

Em 21/02/2018

9-658551



2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

## NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

Nasc.: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS, 11 MESES, 20

Telefone: (86) 9941-90555

CPF: 015.478.733-70 - RG: 1.620824 - SUS: 701004850329295

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

End.: LOCALIDADE REALENGO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

BGE: 2202208 Cor: PARDA Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 2140 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO

Responsavel: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

64196

## Procedimentos

14/12/2017 16:52 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

## QUEIXA/HISTÓRIA

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO NA CABEÇA.

## OBSERVAÇÃO

## SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm - 26

FC: 0 bpm 78

Glicemia: 0 mg/dl 115

Peso: 0 kg

## ALERGIAS

## MEDICAÇÃO USUAL

## CONDUTA

AO CLÍNICO GERAL.

(16:52) Paciente chegou neste serviço hospitalar, vítima de atropelamento, trazido pelo samu municipal, com lesões na cabeça, com corte na nuca e com dor (E) edematosas, apresentando o seguinte atendimento por Dr. Carlos Bandeira, que requereu Rx de torax e trêmico, para controle fratura em costela. Após avaliação dos exames de Rx, Dr. Carlos Bandeira autoriza a retirada do Paciente para o local central. Realizado curativo compressivo em dor na cabeça. Paciente regulado para UTI, sobre sala de medicação, foi internado em leito extra. Aguardando transporte.

Fábio Ibiapina do Silveira  
ENFERMEIRO  
COREN-PI 368.537

Nascimento Nunes de Carvalho

Responsavel: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO



Admissão:	108711
Data:	14/12/2017
Hora:	18:21

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO, 1026  
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
DEUSIVANE

## BOLETIM DE ADMISSÃO

### 57720 - NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 25/12/1974 - 42 ANOS, 11 MESES, 20 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA

Enfermaria: EX06- EXTRA

Leito: EX0601 Convênio: SUS

Educacionalidade:

Médico: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

CPF: 015.478.733-70

RG: 1.620824

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: LOCALIDADE REALENGO, Nº 0 - CEP: 64280-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI

Profissão: LAVRADOR

Telefone: ( ) -

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### História Clínica



### Diagnóstico Provável

ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



# Evolução Clínica

Atendimento

108711

Paciente

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES  
2777754

4 - CNES  
2777754

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
701004850329295

10 - NOME DA MÃE  
DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

12 - ENDEREÇO  
LOCALIDADE REALENGO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
CAMPO MAIOR

8 - DATA DE NASCIMENTO  
25/12/1974

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
57720

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(86) 9941-90555

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO  
2202208

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64280-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
14/12/2017

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR  
E220000002

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
( ) CNS (x) CPF 091.143.513-15

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Laurençia Kelly de Carvalho*





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 3 de 3

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 42a.11m.19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798457 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989880 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/12/2017

### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURA EM PAREDE POSTERIOR DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA.
- TÊNUE CONTUSÃO ENCEFÁLICA TEMPORAL DIREITA.
- LEVE ALARGAMENTO DO ESPAÇO LIQUÓRICO PRE-FRONTAL DIREITO.
- PNEUMOCRÂNIO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/12/2017

### LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

André Cristiano de Albuquerque Marques  
Matrícula: 282315  
SIAE-HUT  
CONFERE COM ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
 Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
 Nascimento: 25/12/1974 Idade: 43a.1m.0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
 Requisição: 798459 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 989883 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 14/12/2017

### QUADRIL

O estudo radiológico do quadril foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Andre Carlos de Jesus Marques  
 Matrícula: 082245  
 SIAE HUT  
 CONFERE COM ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 2

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 43a:1m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798459 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989882 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 14/12/2017

### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Andre Carlos de Jesus Marques  
Matrícula: 062316  
SAME HUT  
CONFERE COM ORIGINAL





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
 Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
 Nascimento: 25/12/1974 Idade: 42a.11m.19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
 Requisição: 798458 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 989881 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 14/12/2017

**US DE ABDOME TOTAL**

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas não visualizado.
- Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(LEANDRO

TERESINA - PI 14/12/2017

**TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO**

GRF 273.773.693-53 CRM PI 1494  
 Médico Responsável  
 Membro: 08/2015  
 SAME-HUT  
 CONFERE COM ORIGINAL



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

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 14/12/17 HORA: 18:02 N° DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE HRCM - PI MUNICIPIO C. MAIOR - PI

MÉDICO: CARLOS BALBOIA CRM: 2.140

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALACIALENTES NUNES DE CARVALHO

Idade: 42 anos Sexo: (x) Masculino ( ) Feminino

HDA: PL 75 TRAZIDO PELA SANV ALZEMER  
ESTADO DE REBAIXAMENTO DA CONSCIÊNCIA  
LI HISTÓRIA DE QUADRO DE BICILLOTA X TRATAMENTO DE  
UMA CARROTA APATIZANDO ELOMADO NO POSTO  
1. 2 TORAXIA, LIGADA.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_\_ °C P: 78 bpm R: 26 mm PA: 12/8 mmHg Sat O<sub>2</sub> 98 Glicemia: 115 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio (x) Hidratação Venosa
- ( ) Aspiração ( ) Medicação Zinnon + Dexamet
- ( ) Curativo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HV7 - SGT. VV. VV.

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: 122017045

Assinatura e carimbo do Médico

CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

CONFERE COM ORIGINAL  
06/12/17  
JOSE AUGUSTO ALVES PERES  
SANE Hosp. Reg. de Campo Maior - PI  
Matrícula 158453-6

CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

Dr. Antonio Carlos Balboia  
Médico de Família - Clínica Geral  
CRM-PI 2140 CRM-MA 2000  
131 299 283-72





Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte    06 - Tentativa de suicídio    11 - Queda    16 - Outros 02 - Agressão física-espancamento    07 - Envenenamento    12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF    08 - Afogamento    13 - Urgência obstétrica    17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB    09 - Queimadura    14 - Transferência    18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica    10 - Choque elétrico    15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso Resp. PA TAX SatO2
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais    2 - Desiguais 1 - Cheio    2 - Fino    3 - Ausente		29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor    1 Leve    2 Moderada    3 Intensa    4 10		30 Fratura 1 - Sim    2 - Não    3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	1 - Aspiração    2 - Prancha longa/corta    3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio    5 - Colar cervical    6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos    8 - Kred    9 - Assistência obstétrica		33 Condições de entrada    34 Óbito 1 - Melhorado    2 - Piorando    3 - Inalterado 1 - Sim    2 - Não    3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Observações Interdisciplinares 37 Observações Interdisciplinares 38 Observações Interdisciplinares 39 Observações Interdisciplinares 40 Observações Interdisciplinares				
Responsável pela recepção		Socorristas		Enfermeiro	
		Médico		Condutor	
		AE/TE			



REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0149584

Registro: 57720

Data: 14/12/2017

Hora: 16:52:00

Funcionario: DEUSIVANE

Tipo: CONSULTA

Senha 44

Sexo: MASCULINO

SUS

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

CPF: 015.478.733-70 - RG: 1.620824 - SUS: 701004850329295

Nascimento: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS,11

Telefone: (86) 9941-90555

Civil: CASADO(A)

CEP: 64200-000

Municidade: REALENGO, O -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Endereço: 002208 Com: PARDA

Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Clínica Médica

Documento: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

Consultor: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

17/2017 16:52 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

17/2017 16:56 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Classificação: Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Principal: ACIDENTE DE TRANSITO

Antese Diagnostica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditario:

Exame clínico/físico:

*Doença diagnosticada: trauma  
pelo acidente de trânsito  
da esportiva 1º grau  
da articulação*



*17.45  
Ass. Técnico  
Ass. Técnico  
Ass. Técnico*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*Px / exame físico*

*do exame físico*

PJ CORRETOR DE SEGUROS  
06 MAR 2018

Dr. Antonio Carlos Bandeira e Silva  
Médico do Trabalho Clínico Geral  
CRM-PI 2140 / CRM-MA 3060  
CPT 124259 200-77

DPVAT

*Antônia Nunes de Andrade*

Consultor: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P0149584

Registro: 57720

Data: 14/12/2017

Hora: 16:52:00

Funcionario: DEUSTVANE

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 44

SUS

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,

SÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

**NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Data: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS, 11 MESES, 20

Telefone: (86) 9941-90555

CPF: 015.478.733-70 - RG: 1.620824 - SUS: 701.004850329

Civil: CASADO(A)

CEP: 64260-000

End: LOCALIDADE REALENGO, D.

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

BGE: 2202208 Cor: PARDA Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Clínica: CLÍNICA MEDICA Documento: 2140 JOSE EDINO MONTE ARAUJO

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

64196

**Procedimentos**

14/12/2017 16:52 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

**QUEIXA/HISTÓRIA**

ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO NA CABEÇA.

**OBSERVAÇÃO****SINAIS VITAIS**

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm - 26

FC: 0 bpm - 28

Glicemia: 0 mg/dl - 676

Peso: 0 kg

**ALERGIAS****MEDICAÇÃO USUAL****CONDUTA**

AO CLÍNICO GERAL.

(16.52) Paciente admitida neste serviço hospitalar em 15/08/2017 vítima de atropelamento, trazida pelo serviço de emergência com lesões na cabeça, com contusões na região frontal com edema (E) edematoso, apresentando otopostotomia realizada por Dr. Carlos Bandeira, que sugere Rx de torção e bacia, para controle de fraturas na costela. Após avaliação dos exames de Rx, Dr. Carlos Bandeira autografa a petição do Paciente pronto e desloca o mesmo. Realiza curativo compressivo em dorso na cabeça. Paciente foi admitido no HU, sob observação de medicação. Foi internado em leito extra. Aguardando transporte.

Fábio Antônio de Sá  
ENFERMEIRO  
COREN/PI 158452-6

Responsável: Nascimento Nunes de Carvalho

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO



Identificação	108711
Data	14/12/2017
Hora	18:21

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO, 1026  
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
DEUSIVANE

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**57720 - NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

**CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 25/12/1974 - 42 ANOS, 11 MESES, 20 DIAS**

CLÍNICA MEDICA Enfermaria: EX06- EXTRA Leito: EX0601 Convênio: SUS

Médico: 2140 - ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

CNPJ: 015.478.733-70 RG: 1.620824 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: LOCALIDADE REALENGO, Nº 0 - CEP: 64280-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: ( ) -

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - ( ) -- O MESMO

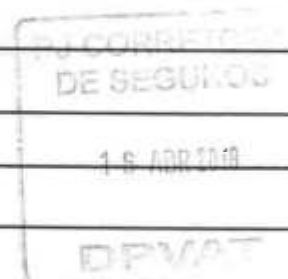
Cod. inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### História Clínica



**Diagnóstico Provável**



ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA



# Evolução Clínica

Exatidão

Paciente

10/7/11

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES  
2777754

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

4 - CNES  
2777754

## Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE  
NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
701004850329295

8 - DATA DE NASCIMENTO  
25/12/1974

9 - SEXO  
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE  
DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
(86) 9941-90555

12 - ENDEREÇO  
LOCALIDADE REALENGO, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
CAMPO MAIOR

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2202208

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64280-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPI

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ANTONIO CARLOS BANDEIRA E SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
14/12/2017

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO  
ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
ACIDENTE TRAB. TRAJETO

34 - ACIDENTE COM A PREVIDÊNCIA  
SEGURADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE EMPRESA

40 - CBOR

## AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

42 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  
E220000002

43 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

44 - DOCUMENTO  
(x) CPI 091.143.513-15

45 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

18 ABR 2018





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Sedeção - Fone: 36 32.5 4800  
TERESINA-PI CEP: 64017-110 CNES: 05.522.917/0032-02

### LAUDO MÉDICO

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 42a 11m.19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798457 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989883 Convênio: S U S

#### RELATÓRIO:

Data Exame: 14/12/2017

Cod. SIA: 0206010079

#### T.C. DE CRÂNIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURA EM PAREDE POSTERIOR DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA.
- TÊNUE CONTUSÃO ENCEFÁLICA TEMPORAL DIREITA.
- LEVE ALARGAMENTO DO ESPAÇO LIQUÓRICO PRE-FRONTAL DIREITO.
- PNEUMOCRÂNIO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/12/2017

#### LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3506 PI  
Dad. Profissional: 00000000000000000000000000000000

André Casiano de Albuquerque Marques  
Matrícula: 282315  
CONFERE COM ORIGINAL

18 ABR 2018



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tillo 1020 Redenção Fone: 96 3129 4812

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CREA: 05.532.917/0022-32

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 43a:1m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798459 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989883 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 14/12/2017

**QUADRIL**

O estudo radiológico do quadril foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Andre Gacian  
Matrícula: 032245  
SAME HUT  
CONFERE COM ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 86 3229 4672

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO (Prontuário: 462467)**  
Endereço **ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:**  
Nascimento **25/12/1974** Idade: **43a:1m:0d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **641509**  
Requisição **798459** Solicitação: **14/12/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
Controle: **989882** Convênio: **S U S**

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 14/12/2017

**TORAX PA**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOPRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

**CONCLUSÃO: EXAME NORMAL**

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Adm. Luciana  
Matrícula: 082316  
SANE HUT  
CONFERE COM ORIGINAL

16 ABR 2018



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3226 4872

TERESINA - PI CEP: 64017-700 CNPJ: 05.522.917/0022-07

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO** (Prontuário: 462467)  
Endereço: ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP  
Nascimento: 25/12/1974 Idade: 42a:11m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 641509  
Requisição: 798458 Solicitação: 14/12/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 989881 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 14/12/2017

**US DE ABDOME TOTAL**

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: lúpica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas não visualizado.
- Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

H FANDRO

TERESINA - PI 14/12/2017

**TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO**

GRUPO 273.773 693-53 CRM PI 1494  
MÉDICA 082315  
SANE-HUT  
CONFERE SEM ORIGINAL  
PROFISSIONAL Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.957/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO (Prontuário: 462467)**  
Endereço: **ZONA RURAL - VIA ALEM - CAMPO MAIOR - PI CEP:**  
Nascimento: **25/12/1974** Idade: **43a.irm.0d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **641609**  
Requisição: **798459** Solicitação: **14/12/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
Controle: **989884** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 14/12/2017

### COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF. 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

André Carneiro de Amorim Marques  
Médico: 062315  
SAME HUT  
CONFERE COM ORIGINAL





# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

## Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15				
	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				
	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Hospital de Destino	29 Dor				
	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
	34 Óbito				



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO,

SÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06563564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0149901

Data: 15/12/2017

Funcionário: MAZE

Registro: 57720

Hora: 20:20:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 88

SUS

**NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Nasc.: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS, 11

Telefone: (86) 9941-90555

Civil: CASADO(A) CEP: 64280-000

End.: LOCALIDADE REALENGO, D.

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

RG: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 140/100

**Procedimentos**

15/12/2017 20:20 0301060118 ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

15/12/2017 20:23 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: DISPNEIA

Hipótese Diagnóstica Atual:

Cefaleia, dor torácica há 1 dia após atropelamento por veículo autom (situa conduzindo bicicleta), medicação com naproxeno

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Encorvação múltipla

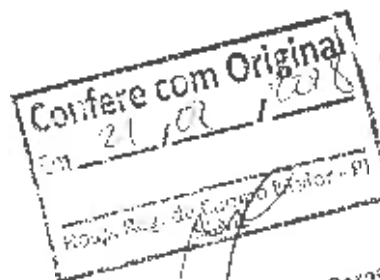
Diagnóstico provável:

Contusão fratura de costela

Medicação:

Dorax

Conduta:



José Augusto Alves Peres  
SAMT - Hosp. Reg. Campo Maior - PI  
Matrícula 158459-6

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnica

@ Voltaren 25mg/ml - 4 amp Zn agora

Maria Rosa da Silva  
Téc. de Enf.  
COREN-291835  
Urgência e Emergência

Dr. Jefferson Marques  
Médico  
CRM-PI 6631

Responsável: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

6460 - CAROLINA COELHO MELLO





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CEP: 64553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

### Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0149901

Data: 15/12/2017

Funcionário: MAZE

Registro: 57720

Hora: 20:20:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 88

### NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

Nasc.: 25/12/1974 Idade: 42 ANOS, 11 MESES, 21

Telefone : (86) 9941-90555

Civil: CASADO(A)

CPF: 015.478.733-70 - RG: 1.620824 - SUS: 701004850329295

End.: LOCALIDADE REALENGO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

CEP: 64280-000 Cor: PARDA

Mãe: DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

Pai: MANOEL ALVES CARVALHO

### CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA

Exame: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO - O MESMO

2169361

### Procedimentos

15/12/2017 20:20 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco

☐ Azul - Não Urgente

Objetivo do atendimento: DISPNEIA

### ANAMNESE/HISTÓRIA

É VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO HA UM DIA E APRESENTANDO DISPNEIA E CEFALÉIA

### EXATOS

NÃO OUTRAS PATOLOGIAS. ESTEVE ONTEM INTERNADO NO HUT E FOI LIBERADO HOJE

### SINAIS VITAIS

PA: 90/60 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

Glicemia: 156 mg/dl

Peso: 0 kg

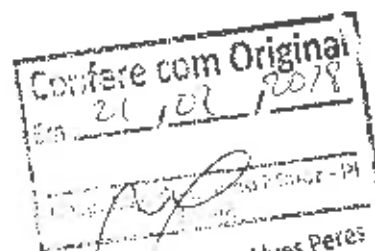
### ALERGIAS

NENHUMA

### EXAME FÍSICO

### CONDIÇÃO

CLÍNICO



José Augusto Alves Peres  
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI  
Matrícula 158459-6

Francisco Alexandre de C. Ibiapina  
Enfermeiro  
Matrícula 158459-6

*Francisco Alexandre de C. Ibiapina*

Exame: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE



**Resumo de Alta / Transferência****108711 - NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Data: 14/12/2017 Leito: EX0601

**RESUMO CLÍNICO**

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:



Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

**Condições de Alta / Transferência**☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Data: / /

Médico

CRM/Carimbo





# CLÍNICA SÃO FRANCISCO

Paciente: VASCONCELOS, NUNES DE CARVALHO

Idade:

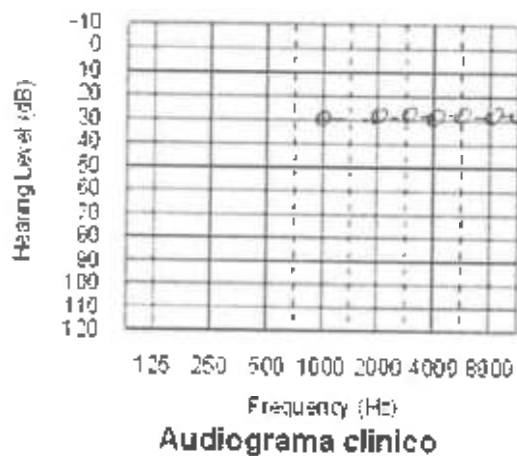
Cidade: CAMPO MAIOR

Requisitante:

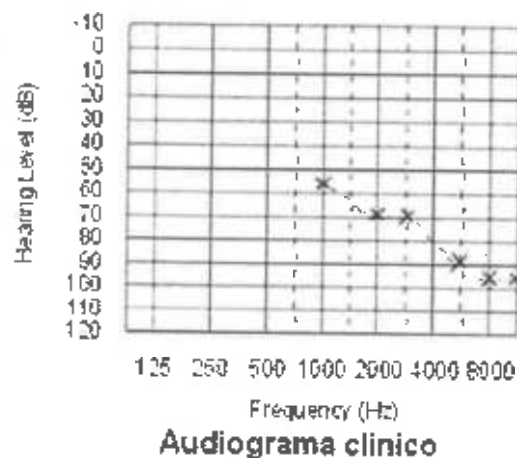
Data: 09/04/2018

## AUDIOMETRIA CLINICA

### ORELHA DIREITA



### ORELHA ESQUERDA



RESUMO

Resumo dos dados da avaliação audiológica

TESTES	ORELHA DIREITA	ORELHA ESQUERDA
Limite de audição	30	60
Limite de compreensão	30	60
Limite de compreensão verbal	30	60
Limite de compreensão escrita	30	60

### RESULTADO:

Perda auditiva de grau severo e profunda em  
O.C. e O.D. caracterizada por elevação das curvas de  
audiometria, apresentando limitação de fala e compreensão.

### PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

**Naiana Paz**  
Fonoaudióloga  
CRF nº 8/11358





# SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE

## RECEITUÁRIO

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

18 MAI 2018

DPVAT

Nome: NAACIMANES NUNES DA CUNHA  
LAURO MARIANO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (ATUPLACAMENTO) NO DIA 14/12/2017, TENDO COMO RESULTADO TRAUMÁTICO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE) GRAU 0.

QUE FOI REALIZADO TRATAMENTO CONTINUADO. HOJE O MESMO ENCONTRA-SE COM 100% INCAPACIDADE FUNCIONAL EM DEVIDO ATRASADO, ALÉM DA APRENSÃO TOTAL À LA FALSA ENTENSA TODOS OS DIAS.

Helderilson Eugênio  
Médico  
CRM: 2885

Data: 16/05/2018

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao  
**Dr Denilson**  
97.5

10a.net/radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI  
CNPJ: 14.827.084/0001-38  
Site: www.sami.org.br  
PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGENIO  
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Domingas Nunes dos Santos Carvalho*  
ASS. NATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDAMENTO DO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.620.824 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/04/12

NCMI NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

FILIAÇÃO DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO  
MANOEL ALVES CARVALHO

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 25/12/1974

DOC. ORGEM CERT. NASC. 25666 I A21 F 137V  
EXP. CAMPO MAIOR-PI 17/09/82

TERESINA PI 015.478.733-70 ASSINATURA DO DIRETOR


LEI Nº 7.115 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Registro de Inscrição

015.478.733-70

Nome NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

ORIGINAL



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALHA EM TODOS  
 OS TERRITORIOS NACIONAIS  
 1012063764

NOME  
 FRANCISCO HERNANDEZ DE SOUSA

DOB. NACIONAL DO BRASIL  
 592554 RDD ETI

CPF  
 976.113.813-49

DATA DE NASCIMENTO  
 14/08/1958

FUNCAO  
 ELIAS SOARES DE SOUSA

FRANCISCA RODRIGUES  
 DE SOUSA

REGISTRO  
 00425463225

VEICULO  
 20 11/2015

VALIDACAO  
 15/03/1988

DATA DE EXPIRACAO  
 15/03/2018

DATA DE EXPIRACAO  
 20/11/2015

DATA DE EXPIRACAO  
 42162580001  
 21314948475

DETRAN-PI (PIAU)

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180170533 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO (FRATURA DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT DA ACUIDADE AUDITIVA DA ORELHA ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180170533 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO (FRATURA DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT DA ACUIDADE AUDITIVA DA ORELHA ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*IVONE S. Valice*



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180104859 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO **Data do acidente:** 14/12/2017 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO COM FRATURA DE SEIO FRONTAL À ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR,  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

## 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

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM do médico:** 52.35988-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>LIVRADOR</u>	
RG: <u>1.620.824-Pi</u>	Org. emissor: <u>SSP-Pi</u>	D. Expedição: <u>14/04/12</u>	CPF: <u>015.478.733-70</u>
Endereço: <u>LOCALIDADE DE REALENGO</u>		Nº: <u>-</u>	Bairro: <u>ZONA RURAL</u>
Cidade: <u>CAMPO MAIOR</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.280.000</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>AUTÔNOMO</u>	
RG: <u>992656-Pi</u>	Org. emissor: <u>SSP-Pi</u>	D. Expedição: <u>23/10/87</u>	CPF: <u>374.113.813-49</u>
Endereço: <u>RUA CEL. JOÃO CRISOSTOMO</u>		Nº: <u>390</u>	Bairro: <u>SÃO JOÃO</u>
Cidade: <u>CAMPO MAIOR</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.280.000</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e/ou qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO Acidente ocorrido em: 14/02/2017.

Local / Data: Campo maior - Pi, 15.02.2018.

ORIGINAL

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
06 MAR 2018  
DPVAT

Nascimento Nunes de Carvalho

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR  
Av. José Paulino, 904 - Centro - Campo Maior - PI - CEP: 64.280-000  
Fone: (86) 3332-1760 - E-mail: cartoriounicocampo@pi.gov.br  
Jefes: Raimundo Nunes de Sousa - Tabelião Intermunicipal

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO, DOU FE, EM TEST. DA VERDADE, CAMPO MAIOR-PI, 15/02/2018, Empl. 13.71.100, 74 Selo: 0,25 Total: 4,70 Selo: 2299 - (110/103)

MARIA THAYNARA ALMEIDA ARAUJO DE HOLANDA - ESCRIVENTE AUT.

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>WASCIMENTO NUNES DE CARVALHO</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>LOJANISTA</u>	
RG: <u>1.620.824-P1</u>	Org. emissor: <u>SSP-P1</u>	D. Expedição: <u>14/04/12</u>	CPF: <u>015.478.733-70</u>
Endereço: <u>LOCALIDADE DE REALENGO</u>		Nº: <u>—</u>	Bairro: <u>ZONA RURAL</u>
Cidade: <u>CAMPO MAIOR</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.280.000</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: <u>FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>AUTÔNOMO</u>	
RG: <u>992.656-P1</u>	Org. emissor: <u>SSP-P1</u>	D. Expedição: <u>23/10/87</u>	CPF: <u>374.113.813-49</u>
Endereço: <u>RUA CEL. JOÃO CRISÓSTOMO</u>		Nº: <u>390</u>	Bairro: <u>SÃO JOÃO</u>
Cidade: <u>CAMPO MAIOR</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.280.000</u>

Peço presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador, ainda qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima WASCIMENTO NUNES DE CARVALHO Acidente ocorrido em: 14/02/2017.

Local: Campo maior - PI Data: 15.02.2018

ORIGINAL

PJ CORRETORA DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR  
Av. José Paulino, 804 - Centro - Campo Maior - PI - CEP: 64.280-000  
Fone: (86) 3252-1750 - E-mail: cartoriounicocampo@pi.gov.br  
Júlio Roberto Nogueira de Sousa - Tabelião Público

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DO ASSICURADO  
WASCIMENTO NUNES DE CARVALHO, 000 TE. EM TEST.  
VERDADE. CAMPO MAIOR-PI, 15/02/2018. Emissão: 15/02/2018  
04.100,20 Total: 4,00 Selos: 2.999 (R\$10,103)

MARIA THAYNARA ALMEIDA ARAUJO DE HOLANDA ESTRELENTE, AUT.

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)





Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Nº Sinistro: **3180170533**

Vitima: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180170533**.

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](http://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 12677001





Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Carta nº: 12826171

A/C: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

Nº Sinistro: 3180170533  
Vítima: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO  
Data do Acidente: 14/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000616**

Conta: **00000112602-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Nº Sinistro: **3180170533**

Vitima: **NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO**

Data do Acidente: **14/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180170533**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0121206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou An: 015.478.733-70 CPF da vítima: 015.478.733-70 Nome completo da vítima: NASCIAMENTO NUNES DE CARVALHO

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: NASCIAMENTO NUNES DE CARVALHO CPF titular da conta: 015.478.733-70 Profissão: LABORADOR  
Endereço: LOCALIDADE FEALENSO Número: - Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAMPINA DA Estado: PI CEP: 64.280-000  
E-mail: (86) 99952.3722

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

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assina-se uma opção):

☒ BRADISCO (23.9) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA: 0616 CONTA: 112602 D/V: 5  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO: NUNES AGÊNCIA: NUNES CONTA: NUNES D/V: NUNES  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Campina da - PI de 02 de ABRIL de 2018

Lugar e Data

Nascimento Nunes de Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 8800 726 0101  
OUVIDORIA-0800 725 1474  
OUVIDORIA 8800 725 1474

064-725190590-2

05/MAR/2018

HORA DE: 10:54:32

OUT: 16,14010-0  
LOCALIDADE: CAMPO MATOP  
S. VINCULADA: 0610

TERM: 843975

CONTRATE: 547088309

DEPOSITO EM DINHEIRO

0616 313 00112602-5

NASCIMENTO NUNES DE CARVA

VALOR

*[Signature]*

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

064 725190590-2

VIA

RECIBO

16 MAR 2018





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA:		DATA/HORA:
ANDRE REGIS/1749546		14/12/2017 16:30
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
CAMPO MAIOR/PI		
BR:	KM:	SENTIDO:
343	269.8	Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Pleno dia	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Simplex	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Sim	Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (Rebocado de V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (Rebocado de V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 12 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

Rebocado (V1) / OSJ5479 / SR/RANDON SR CA

NUMERO DO BAT:

17095491B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ANDRE REGIS/1749546

DATA/HORA:

14/12/2017 16:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 MAR 2018  
DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

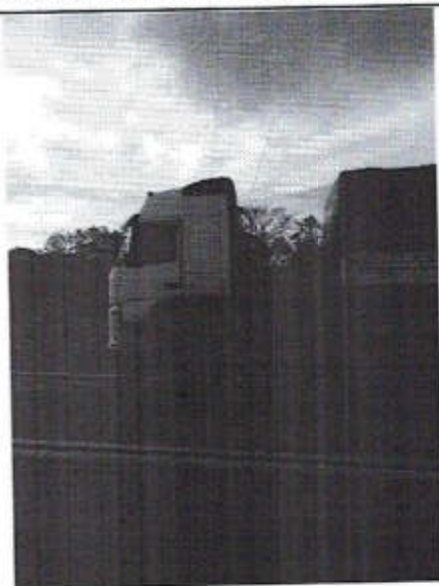


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 10 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação de Danos**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / OSR3469 / VOLVO/FM 370 6X2T

NÚMERO DO BAT:

17095491B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ANDRE REGIS/1749546

DATA/HORA:

14/12/2017 16:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Testemunha
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ELTON RIBEIRO DE ALMEIDA	001.740.563-70	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA PUREZA RIBEIRO PESSOA	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO:		NÚMERO:
RUA CURRALINHOS		234
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
		CENTRO
MUNICÍPIO/UF:		
ALTOS/PI		
TELEFONE:	EMAIL:	
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / Não Se Aplica / MONARK

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

CPF:

015.478.733-70

DATA DE NASCIMENTO:

25/12/1974

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:

LUZILANDIA

NÚMERO:

126

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE NOVA

MUNICÍPIO/UF:

CAMPO MAIOR/PI

TELEFONE:

EMAIL:

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Condutor em atendimento quando da chegada da equipe.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Sim

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 MAR 2018  
DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novoba/autenticar](http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar)

Página 7 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OSR3469 / VOLVO/FM 370 6X2T		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ANDRE LUIS FREITAS DE OLIVEIRA	CPF: 905.271.600-59	DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1968
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: NELCINDA ALVES DE FREITAS	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RUA ADOLFO SCHENCKEL	NUMERO: 1292
COMPLEMENTO:	BAIRRO: RIO BRANCO
MUNICÍPIO/UF: SAO SEBASTIAO DO CAI/RS	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: E
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 01652050392	UF: RS
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 08/03/1988	VALIDADE DA CNH: 02/06/2020	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: PRF atendeu o acidente sozinho, tendo que orientar o trânsito e realizar os diversos atos do atendimento ao acidente.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V2	PLACA: Não Se Aplica	MARCA/MODELO: MONARK	ANO FABRICAÇÃO:
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Bicicleta	
CHASSI:	RENAVAM: NÃO APLICÁVEL	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA: NÃO APLICÁVEL	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Cruzando a pista	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF/CNPJ:	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM COMPLEMENTAR



**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

06 MAR 2018

**DPVAT**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OSJ5479	MARCA/MODELO: SR/RANDON SR CA	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Rebocado		TIPO DE VEÍCULO: Semi-reboque	
CHASSI: 9ADG1243CDM362847	RENAVAM: 00499683064	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA MARTA NEIVA PONTES BARROSO	CPF/CNPJ: 41.569.062/0001-04
---	---------------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: R JOSE DO PATROCINIO	NUMERO: 00888
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITAPIPOCA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OSR3469	MARCA/MODELO: VOLVO/FM 370 6X2T	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão-trator	
CHASSI: 9BVJ1E1C2DE795488	RENAVAM: 00499524691	PAÍS: BRASIL	
ESPÉCIE: Tração	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA MARTA NEIVA P BARROSO ME	CPF/CNPJ: 41.569.062/0001-04
---	---------------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: R JOSE DO PATROCINIO	NUMERO: 00888
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITAPIPOCA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

**DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

**Cronotacógrafo**

OBRIGATÓRIO PARA ESSE VEÍCULO: Sim	PRESENÇA DO EQUIPAMENTO: Sim	ATENDE À LEGISLAÇÃO: Sim
TEMPOS DE PARADA ATENDEM À LEGISLAÇÃO: Não	DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO: Não	

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

06 MAR 2018

**DPVAT**

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

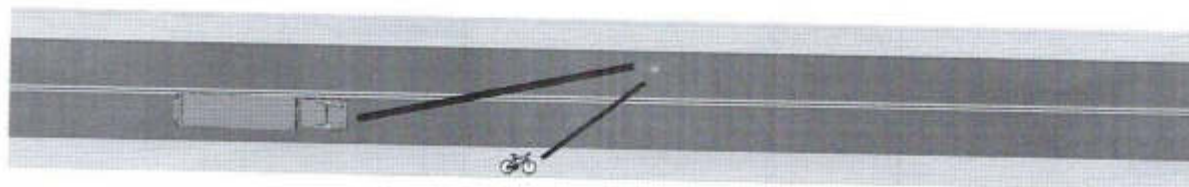
**STATUS:**  
Encerrado

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

**Croqui**



← PIRIPIRI

TERESINA →

**Narrativa**

Tendo como base vestígios colhidos no local do acidente, bem como declarações de condutor envolvido e testemunhas, conclui-se que por volta das 16:30 hs do dia 14.12.2017, na altura do KM 269 da BR 343, Município de Campo Maior - PI, o Sr. NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO, conduzindo uma bicicleta, em aparente estado de embriaguez, cruzou a rodovia e foi colhido transversalmente pelo veículo VOLVO/FM 370 6X2T de placas OSR3469 que seguia no sentido Piripiri - Teresina.





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA:

ANDRE REGIS/1749546

DATA/HORA:

14/12/2017 16:30

**Na Rodovia**

MUNICÍPIO/UF:

CAMPO MAIOR/PI

BR:

343

KM:

269,8

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simplex

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRÃO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

16 ABR 2018

DPVAT

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/navobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/navobat/autenticar)





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

**Croqui**



← PIRIPIRI

TERESINA →

**Narrativa**

Tendo como base vestígios colhidos no local do acidente, bem como declarações de condutor envolvido e testemunhas, conclui-se que por volta das 16:30 hs do dia 14.12.2017, na altura do KM 269 da BR 343, Município de Campo Maior - PI, o Sr. NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO, conduzindo uma bicicleta, em aparente estado de embriaguez, cruzou a rodovia e foi colhido transversalmente pelo veículo VOLVO/FM 370 6X2T de placas QSR3469 que seguia no sentido Piripiri - Teresina.





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OSR3469	MARCA/MODELO: VOLVO/FM 370 6X2T	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão-trator	
CHASSI: 9BVJ1E1C2DE795488	RENAVAM: 00499524691	PAÍS: BRASIL	
ESPECIF: Tração	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA MARTA NEIVA P BARROSO ME	CPF/CNPJ: 41.569.062/0001-04
---	---------------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: R JOSE DO PATROCINIO	NÚMERO: 00868
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITAPIPOCA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

**Cronotacógrafo**

OBRIGATORIO PARA ESSE VEÍCULO: Sim	PRESENÇA DO EQUIPAMENTO: Sim	ATENDE A LEGISLAÇÃO: Sim
TEMPOS DE PARADA ATENDEM A LEGISLAÇÃO: Não	DISCO DIAGRAMA FOI RECOLHIDO: Não	

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

16 ABR 2018

DPVAT

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA8E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: OSJ5479	MARCA/MODELO: SR/RANDON SR CA	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Rebocado		TIPO DE VEÍCULO: Semi-reboque	
CHASSI: 9ADG1243CDM362847	RENAVAM: 00499683064	PAIS: BRASIL	
ESPECIF: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: MARIA MARTA NEIVA PONTES BARROSO	CPT/CNPJ: 41.569.062/0001-04
---	---------------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: R JOSE DO PATROCINIO	NÚMERO: 00888
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITAPIPOCA/CE	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 4 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V2	PLACA: Não Se Aplica	MARCA/MODELO: MONARK	ANO FABRICAÇÃO:
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Bicicleta		
CHASSI:	RENAVAM: NÃO APLICÁVEL	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA: NÃO APLICÁVEL	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Cruzando a pista	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:
-----------------------	-----------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELÉFONE:	EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM COMPLEMENTAR



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA0E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL / PLACA/MARCA/MODELO: V1 / OSR3469 / VOLVO/FM 370 6X2T		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ANDRE LUIS FREITAS DE OLIVEIRA	CPF: 905.271.600-59	DATA DE NASCIMENTO: 01/10/1968
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Não Informado	NOME DA MÃE: NELCINDA ALVES DE FREITAS	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RUA ADOLFO SCHENCKEL		NÚMERO: 1292
COMPLEMENTO:		BAIRRO: RIO BRANCO
MUNICÍPIO/UF: SAO SEBASTIAO DO CAI/RS		
TELEFONE:	EMAIL:	

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: E
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 01652050392	UF: RS
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 08/03/1988	VALIDADE DA CNH: 02/06/2020	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: PRF atendeu o acidente sozinho, tendo que orientar o trânsito e realizar os diversos atos do atendimento ao acidente.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMERAGÊNCIA: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V2 / Não Se Aplica / MONARK</b>		ENVOLVIMENTO: <b>Condutor</b>
NOME: <b>NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO</b>	CPF: <b>015.478.733-70</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>25/12/1974</b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: <b>Masculino</b>
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: <b>DOMINGAS NUNES DOS SANTOS CARVALHO</b>	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO: <b>LUZILANDIA</b>		NÚMERO: <b>126</b>
COMPLEMENTO:		BAIRRO: <b>CIDADE NOVA</b>
MUNICÍPIO/UF: <b>CAMPO MAIOR/PI</b>		
TELEFONE:	EMAIL:	
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO: <b>Lesões Graves</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
USAVA CAPACETE: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APLICÁVEL</b>	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: <b>Não</b>	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: <b>Não</b>
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: <b>Condutor em atendimento quando da chegada da equipe.</b>		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: <b>Sim</b>	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <b>Não</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984F3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 7 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Testemunha
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ELTON RIBEIRO DE ALMEIDA	001.740.563-70	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA PUREZA RIBEIRO PESSOA	
<b>Dados de Endereço</b>		
LOGRADOURO:	NÚMERO:	
RUA CURRALINHOS	234	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
	CENTRO	
MUNICÍPIO/UF:		
ALTOS/PI		
TELEFONE:	EMAIL:	
<b>Circunstâncias</b>		
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRÉ REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QSR3469 / VOLVO/FM 370 6X2T

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ANDRE REGIS/1749546

NÚMERO DO BAT:

17095491B01

DATA/HORA:

14/12/2017 16:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 MAR 2018  
DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 9 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984F3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 10 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação de Danos**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

Rebocado (V1) / OSJ5479 / SR/RANDON SR CA

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ANDRE REGIS/1749546

NÚMERO DO BATE:

17095491B01

DATA/HORA:

14/12/2017 16:30

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRE REGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07AB4C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 12





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
17095491B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (Rebocado de V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (Rebocado de V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (Rebocado de V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (Rebocado de V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ANDRÉ RÉGIS, MATRÍCULA 1749546

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 19/12/2017 04:49

NÚMERO DE CONTROLE: 3204971984E3161EA9E07A84C77F7D

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 12 de 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

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

CPF da Vítima

015.498.733-70

Data do Acidente

14.12.2017

**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 realizou 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.

Campo Maior: 16 de fevereiro de 2018  
Local e Data

Nascimento Nunes de Carvalho

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 interdita 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

NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

CPF da Vítima

015.478.733-70

Data do Acidente

14.12.2017.

**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.

Caruaru-PE, 08 de Abril de 2018

Local e Data

Nascimento Nunes de Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000112602-5

---

Nr. da Autenticação 1E24A4D340DC13F3



Eletronet  
Santacruz 12.1

1054282-5

CONTA Nº 754 - Conta Corrente - Termos e Condições de Uso e Preços  
Vencimento: 15/01/2018  
Valor da Conta: R\$ 119,01

Nº da Nota Fiscal: 000011221

Valor da Nota Fiscal: R\$ 119,01

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/kWh)	TOTAL (PAGAR R\$)
JANEIRO/2018	15/01/2018	144	119,01

MARCELO ALVES CARVALHO  
LÍDIA REALENGO S. ZONA RURAL  
CPF: 0006777232387  
CEP: 64.200.000 - CAMPO MAIOR

ROT: 306.010.06.84.423000

CONTA DEBITADA	VALOR	DATA DA DEBITAÇÃO
Consumo	154,12	08/01/2018
Imposto	152,89	08/12/2017
Imposto de Renda	1,200	07/02/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018

NORRIL

33

CONTA DEBITADA	VALOR	DATA DA DEBITAÇÃO
Consumo	144	08/01/2018
Imposto	152,89	08/12/2017
Imposto de Renda	1,200	07/02/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018

CONTA DEBITADA	VALOR	DATA DA DEBITAÇÃO
Consumo	144	08/01/2018
Imposto	152,89	08/12/2017
Imposto de Renda	1,200	07/02/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018
Imposto de Renda	144	05/01/2018

CONFORME ART. 84, RES 414/10, INFORMAMOS QUE A DATA DE CANCELAMENTO DA ALTERAÇÃO NO PROXIMO MES  
LIGUE 0800 080 080 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 28/12/2017, não constatamos futuras vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSICAO DA DESPESA	VALOR	COMPOSICAO DA DESPESA	VALOR
Consumo	23,71	Imposto de Renda	111,17
Imposto	152,89	Imposto de Renda	70,00
Imposto de Renda	7,09	Imposto de Renda	72,25
Imposto de Renda	1,18	Imposto de Renda	1,04
Imposto de Renda	23,10	Imposto de Renda	4,53

7,26 14,53 29,06 3,73 7,47 14,95 4,14  
0,00 0,00 0,00  
CAMPO MAIOR 11/2017 58,33

ROT-

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS  
16 ABR 2018  
DPVAT

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS  
06 MAR 2018  
DPVAT



• 2010年12月1日，中国首艘30万吨级矿砂船“中远3198”号在大连造船厂正式下水。

44452-0

621495967

29.31

1997-03-28

15

## Findings

74/31/7918

1. *Introduction*

<sup>3</sup> URPAL (2007)

8. 07. 2014

755

$$\angle = 1.93 \pm 1.$$

224 1000

Handwritten signature

more

RESERVA DA CONHA

CONSUMO 45 A R\$ 2,520498 =  
CONTR. ILUMINACAO P.B. (COSIP)  
ADICIONA: BANDEIRA VERMELHA 0,23

25.53

2.  $\frac{4}{5}$ 

DEC/17	89
NOV/17	87
OCT/17	103
SEP/17	101
AUG/17	91
JUL/17	76
JUN/17	105
MAY/17	95
APR/17	80
MAR/17	100

754 52 304

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 MAR 2018

DPVAT



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA inscrito (a) no CPF/CNPJ 374.113.813-49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.478.733/70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDES da Vítima NASCIMENTO NUNES DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.478.733/70 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA CEL. JOAQUIM CRISTÓFARO</u>		Número	<u>390</u>	Complemento	<u>GRASA</u>
Bairro	<u>SÃO JOÃO</u>	Cidade	<u>CAMPINA MAIOR</u>		Estado	<u>PI</u>
				CEP	<u>64.280.000</u>	
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(86) 99952 3722</u>	<u>(86) 98147 1002</u>		

Campina maior de fevereiro de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

