

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0344822-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.384.383-5
Nossa Pessoa: Conta de Energia Elétrica - Minic-B-1
Veja sua fatura pelo site ou pessoalmente na SEBAZ 200-90

Nº da Nota Fiscal: 018560962

Atividades Sociais de Energia Elétrica - TSEZ, foi criada pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	13/03/2019	69	64,20

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO
R. DR. CLÁUDIO PACHECO 721 S/C
CPF: 0005369947-387
CEP: 64.320-000 - PINHEIROS

B-URBANO

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	73237	Atual:	06/03/2019
Anterior:	13168	Anterior:	04/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	24/04/2019
Consumo Medido:	69	Exatidão:	04/03/2019
Consumo Faturado:	69	Apresentação:	06/03/2019
Nível de Saturação: NORMAL		Data de Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pst	Medida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A747571		1.1.1.1	78

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	Consumo	Valor a R\$	Valor a R\$
FEV/19	79	69 A R\$ 0,863147 =	59,90
JAN/19	77	CONTR. ILUMINAC. PUB. (COSTP)	
DEZ/18	83		
NOV/18	94		
OUT/18	79		
SET/18	84		
AGO/18	78		
JUL/18	71		
JUN/18	78		
MAI/18	74		

PI CORRETORES DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 20 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04/03/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 78A7. 2906. 9048. 01AB. 68CS. 0A59. F5A4. 210C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	12,43	Base de Cálculo:	59,90
Energia:	24,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,06	Valor do ICMS:	13,17
Energia:	2,56	Valor do ICMS:	0,65
Tributos:	16,85	Valor do ICMS:	3,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DISC	DISC	DISC	DISC

Atendimento 24 horas: 0800 086 0800

www.eletrobraspiaui.com

Ouvir: 0800 721 0164

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Sobre as faturas pagas em atraso incidirá multa de 2% do valor original, correção monetária pelo IGPM e juros de 1% ao mês, cobrados em fatura posterior.

As informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas e descontos, serviços e tributos estão à disposição das unidades de atendimento e em nossa página na internet.

Conforme resolução ANEEL 581/2013, a cobrança do serviço de lares é incluída em sua fatura, podendo ser cancelada, sempre, em nossos canais de atendimento.

INDICADORES DE CONTINUIDADE

- DISC - Tempo total (em horas) sem energia elétrica (paralisação manual, manutenção e corte)
- DISC - Número de vezes sem energia elétrica (paralisação manual, manutenção e corte)
- DISC - Duração máxima (em horas) de interrupção consecutiva (paralisação manual)
- DISC - Duração da interrupção (em horas) ocorrida em 60 minutos (paralisação manual)

TENSÃO DE FORNECIMENTO (Volts Tensão)

Índice	Tensão Nominal	Var. Inferior	Var. Superior	Índice	Tensão Nominal	Var. Inferior
100/110V	220V	201	239	100/110V	220V	201

BANDEIRAS TARIFARIAS 2014

Desde 2015 passou a vigorar o Sistema de Bandeiras Tarifárias na cobrança da energia elétrica.

Não haverá cobrança adicional de tarifa.

Haverá cobrança adicional de tarifa de maior valor devido ao maior custo de geração.

Quando as alterações das bandeiras tarifárias e o melhor serão informados, na fatura, de 5 dias antes em R\$ kWh de valor da tarifa, ligando o telefone 0800 086 0800.

Mais informações: www.aneel.gov.br

TARIFA SOCIAL DE BAIXA RENDA

A Lei 12.212 de 20.01.2010 modificou a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica para as unidades com baixa renda das classes residencial e rural, que agora devem atender às seguintes condições:

- Família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com renda familiar mensal per capita inferior ao salário mínimo nacional;
- Família que tenha entre os moradores quem recebe o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social nos termos dos arts. 20 e 21 da Lei 8.742 de 7/12/1993;
- Família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha portador de deficiência cujo tratamento ou procedimento médico requeira o uso contínuo de aparelhos, equipamentos ou outros que, para seu funcionamento dependam de consumo de energia elétrica.

Iluminação pública é de responsabilidade da Prefeitura

Piauienses, recebam a Eletrobras com a hospitalidade que só vocês!

Para que a Eletrobras ofereça um atendimento mais eficiente.

COMUNICAÇÃO GRATUITA

0800 086 0800

ESTA MAIS FÁCIL EMITIR A VIA PARA PAGAMENTO

Acesse

www.eletrobraspiaui.com

Clique em 2ª via e confirme

Insira:

Código Único

CPF/CNPJ

Código de Segurança

01697

Printe, você já pode imprimir sua conta.

Exceção para grupo B

Autenticação Manual

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/biblioteca/web/doc/original.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Raimunda Maria de Conceição inscrito (a) no CPF/CNPJ 536 994 753 87
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Vinícius Monte de Souza inscrito
(a) no CPF sob o nº 073 939 923 /37 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima
Marcos Vinícius Monte de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 073 939 923 /37 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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>R. Dr. Claudio Pacheco</u>		Número <u>721</u>	Complemento
Bairro <u>Barro Preto</u>	Cidade <u>Pimentas</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>64320-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD) <u>89-99294396</u>

Pimentas, 20 de junho de 2019
Local e Data

Raimunda Maria de Conceição
Assinatura do Declarante

DPVAT

CORRETORA
DE SEGUROS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberto Ferreira de Sousa,
RG nº 2.388.535, data de expedição 20/04/02
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 008.444.713.30 com
domicílio na cidade de Valença do Piauí, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- Padre Silva, nº 959,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima marcos vinicius monte de souza cujo o condutor era
marcos vinicius monte de souza.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/XRE/300/ COR/VERMELHA
Ano: 2015
Placa: PIK-1924
Chassi: 9C2ND1110FRO17778
Data do Acidente: 29-09-2018
Local e Data: Pimenteira Piauí 29/09/18

Roberto Ferreira de Sousa
Assinatura do Declarante

marcos vinicius monte de souza

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



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3455-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ROBERTO FERREIRA DE SOUSA.
DOUT.FEY EN TEST. 11/10/2018. VALENÇA DO PIAUÍ-PI. 22/10/2018.
Espel. 23.71.11-0.74. 24/10/2018. Total de 71. Selos em 10/10/2018.
Ana Claudia Mello L. F. Chaves Barbosa
Ana Claudia Mello Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Claudia Mello L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autoriz.

Nome: MARCOS VENICIUS MONTE DE SOUSA
Data: 31/10/2018
Solicitante: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV
Convênio: PARTICULAR
Código: 59148

RX SEIOS DA FACE (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fraturas na maxila esquerda.
- Sinais de fratura no osso zigomático esquerdo.
- Fratura consolidada na aorta esquerda.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.
- Transparência conservada dos seios da face.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



Nome: MARCOS VENICIUS MONTE DE SOUSA
Data: 31/10/2018
Solicitante: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV
Convênio: PARTICULAR
Código: 59148

RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura no 2º metatarsiano, com alinhamento insatisfatório dos fragmentos.
- Material metálico de síntese fixando fratura no 4º metatarsiano.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



MARCOS VENCIGUS WOLTE DE SOUSA
Sexo Masculino
Idade 20 Anos

Data de Exat: 11/10/2016
Hora de Exat: 08:25:30

MARCOS VENCIGUS WOLTE DE SOUSA
Sexo Masculino
Idade 20 Anos

Data de Exat: 27/10/2016
Hora de Exat: 08:25:30



b3q

Exame NAO REFEICADO
Indice de exp 240
Med. SANCHEZ ANTONIO M. R.

Dr. ANTONIO MARCELO VASCONCELOS

Exame NAO REFEICADO
Indice de exp 240
Med. SANCHEZ ANTONIO M. R. R. OLIV

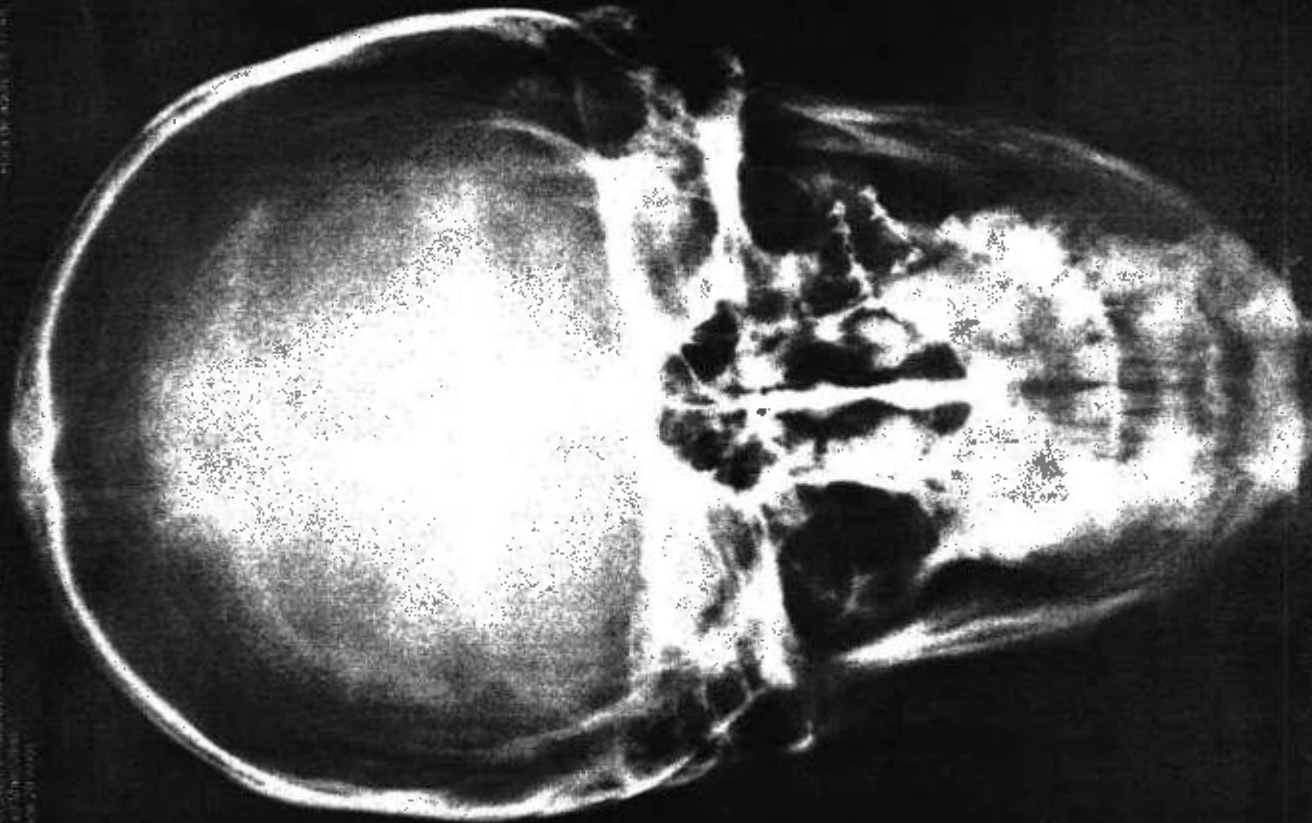
MARCOS VENCIGUS WOLTE DE SOUSA
Sexo Masculino
Idade 20 Anos

Data de nascimento: 21/05/2018
 Hora de nascimento: 10:20:15

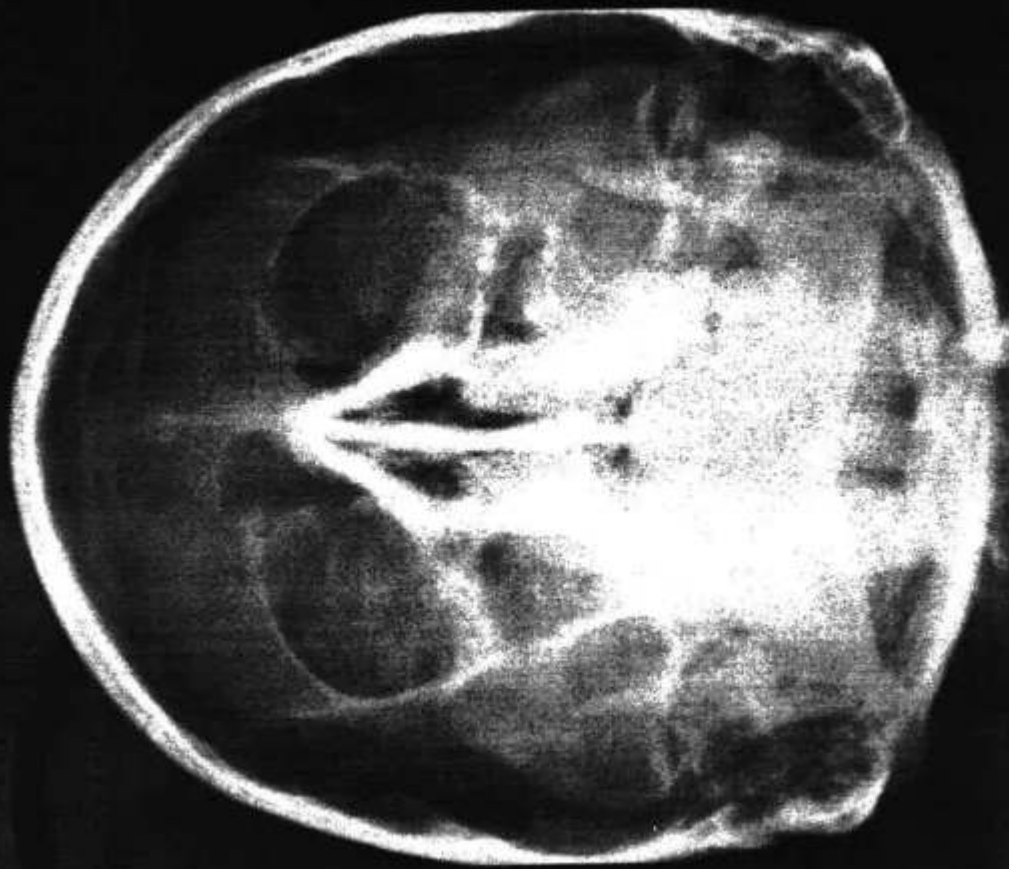
ARMANDO VIANEYRA MOUTA DE SAUSOBA
 Rua: 22 de Junho
 1045-201 LISBOA

Data de exame: 21/05/2018
 Hora de exame: 09:17:40

ARMANDO VIANEYRA MOUTA DE SAUSOBA
 Rua: 22 de Junho
 1045-201 LISBOA



ARMANDO VIANEYRA MOUTA DE SAUSOBA
 Rua: 22 de Junho
 1045-201 LISBOA



ARMANDO VIANEYRA MOUTA DE SAUSOBA
 Rua: 22 de Junho
 1045-201 LISBOA

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENCIA - P

PRACA TETISUVRICAN 28 - VALENCIA, PL
 46100-000 - BRASIL
 v.w. - @bomfimbomfim.com

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Paciente: Marcos Vinícius Monte de Souza Idade: 21.01.1997
 Endereço: Rua Claudio Pacheco Nº Cidade: Pimenteiras
 Documento: 160 4225 6360 0002 Tipo: SU

DATA: 29/09/22

SINAIS VITAIS					
HORA	T	P	R	PA	GLICEMIA
22:40				550 50	

Atendimento Médico

PACIENTE SOFRIA QUEBRADA MOTOCICLISTA CORRENTE NOVO NOVO
 PR. JOMMOTOS. NO CUSTAS AMPLIANDO PASTA
 EXPOSA DE EXISTÊNCIA.
 EF. PRIMEIRO (CUSTAS) ORGÃO
 GLASSOW 11.
 SÓCULO RE...
 PIMENTEIRAS

01. AMBULADORIA...
 02. TRANSMISSÃO...
 03. LITANIAS K...
 04. CUSTAS...
 22-40 Demora...

PIMENTEIRAS

MELHOR PARA VIVER

Anotações de Enfermagem

Por vítima de acidente automobilístico (colisão).
 apresenta ferimento em PE F. Peinf. Demora
 Rubens Carlos 652907

Conferido com o original

de 10/10/22

Alapes

06.554.893/0001-01
 UNIDADE MISTA DE SAÚDE
 MÔNICA REIS DANTAS
 QUALA...
 CENTRAL...
 PIMENTEIRAS



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA, PICOS, PI - 64601-391
CNPJ: 06.553.564/0102-81
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0574247
Data: 30/09/2018
Funcionário: SABRINA

Registro: 398824
Hora: 00:37:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

Nasc.: 11/01/1998 Idade: 20 ANOS, 8 MESES, 19 DIAS Profissão:
End.: DOUTOR CLAUDIO PACHECO, 731 - Bairro: CENTRO
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA DO SOCORRO MONTE

CPF: 073.939.923-37 - RG: 4077247 - SUS: 160422563600002
Civil: CEP: 64320-000
Cidade: PIMENTEIRAS/PI
Pai: FRANCISCO CHAGAS RODRIGUES

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE PIMENTEIRAS

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Fratura exposta. Lado esquerdo. (F)
Lado direito. (F)
CD: I-
No Centro

José Ayres Pedreira Júnior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3434 TEOT 11.977
CPE 026.650.474-03

Wildeberg Leal
Ortopedia - Cir. Traum.

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:43:57

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 01 HORA, APRESENTA EDEMA EM FACE, EPISTAXE E FRATURA EXPOSTA EM PE ESQUERDO, REFERE DOR EM FACE E MIE

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 150x60 mmHg
FC: 77 bpm
FC: 0 bpm

TAX: 0%
Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm
Peso: 0 kg

SAT-02: 99%
ECG: 0

Dor:

Observação: NDN

Conduta: AO CLINICO

Dados de Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia ☐ Desamp:

Hora:

MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA
Paciente ou Responsável

1937 - WILDEMBERG LEAL
Médico Responsável

BOLETIM DE ADMISSÃO

398824 - MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 11/01/1998 - Cor/Raça: 03-PARDA

20 ANOS,9 MESES,4 DIAS

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M Leito: C20/93 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 3424 - JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR

CPF: 073.939.923-37 RG: 4077247 CNS: 160422563600002 SIS Prenatal:

Endereço: DOUTOR CLAUDIO PACHECO, Nº 731 - CEP: 64320-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2208106- PIMENTEIRAS/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: FRANCISCO CHAGAS RODRIGUES DE SOUSA Mãe: MARIA DO SOCORRO MONTE

Responsável: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA - (89) 9812-70125 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

24 JUN 2019

CORRETORA
DE SEGUROS

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR



Fundación Estatal Placentas de Surtecas Hospitalares

2

505



Sistema
Único de
Saúde

12

HERJ

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

MEDICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

[illegible]



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>Maria Vinícius M. de Souza</u>	ALAC	APTO	LEITO	R. MET
HD: <u>FRE</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: <u>02/10/2018</u>				
1. DIETA LIVRE				
2. JEICO SAJINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h SN				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N				
7. CCGG+SSVV				
<u>8. FARMACIA 200g + 100ml S/SF, 1x/dia</u>				
<u>Gustavo Felix</u> Unidade e Tratamento CMM-PI-III				

Hospital Regional de Jussara do Piauí
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 02/10/2018
Funcionário: [Assinatura]

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 24/09/2014
Funcionário

[illegible]



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Regulador 81 Oliver

NOME: <i>Marcos Vinícius</i>	ALA C <i>2</i>	APTO <i>08</i>	LEITO <i>145</i>	R. MET.
HD: <i>Dr. R. + Dr. R.</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO				
OBSERVAÇÕES				
DATA: 01/10/2018 1. DIETA LIVRE 2. JEICO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h SN 5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N 6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N 7. TLATTI 40MG + AD EV 12/12H S/N 8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ 9. CEFALOTINA 1 G AD EV 6/6 HORAS EM FALTA 10. SSVV + CCGG 11. <i>Gerenciamento de dor + analgesia</i> 12. <i>Rx de dor + analgesia</i> 13. <i>Exames de laboratório</i> 14. <i>Exames de imagem</i> 15. <i>Exames de outros</i> 16. <i>Exames de outros</i> 17. <i>Exames de outros</i> 18. <i>Exames de outros</i> 19. <i>Exames de outros</i> 20. <i>Exames de outros</i>				

Hospital Regional de Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data *24/10/2018*
Funcionário *[Assinatura]*

José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3428 1507 11/87
CPF 024.551.474-08

GOVERNO DO PIAUÍ

VINEI

SEMA X 18 04 1904 3972



Prefeitura Municipal de Pimenteiras
Secretaria Municipal de Saúde

Unidade Mista de Saúde
Mônica Reis Dantas

1. Preencher esta ficha em 03 vias;
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: UMSARD - Pimenteiras-MRN

7ª - DRS - Município: PIMENTEIRAS - PI

Nome: WILSON VILAS BOAS SOUZA Prontuário Nº: _____
Sexo M ☒ F ☐ Data Nascimento: 01 / 01 / 94 Ocupação: _____
Endereço: RUA PRIMEIRO DE MAIO Bairro: PARQUE Tel: _____

Motivo de Encaminhamento: Paciente com quadro de hipertensão arterial - (Mito-Mor / H)
Numer. Classific. DA 170 x 80 - Paciente exposto ao estresse

Resultado dos Exames

Conduta Realizada: CONFERIR LAUDO DE EXAME DE URINA (C) NA UNIDADE ORIGINÁRIA (C) UNIDADE ORIGINÁRIA
SFOD e SODICAR MRC

Impressão Diagnóstica: DR. TALLYSUZ CAMINHA
MÉDICO
CRM-PI 7062
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro MEDICO Função 29, 04, 18 Data 12:00 Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____ / _____ / _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID _____

Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data _____

(*) Utilizar também como resumo de alta

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome <i>Marcos Vinícius Monte de Sousa</i>	Nº do Prontuário	
Médico Consultante <i>Flávio Henrique Cortez</i>	Unidade	
Médico Especialista <i>Lauro de Sá / buco-maxilo</i>	Enf/Aptº <i>AS-145</i>	Leito

Motivo da Consulta (Indicar e Enumerar os Principais Sintomas de Enfermo)

*Fratura com fratura em face
Sediato avaliação de buco-maxilo*

20.09.18
Data

Ass. Médico Consultante

Parecer

Fratura em Região de M/22 Equina
Rebar de implante
prco zigomático
prco zigomático
Descolamento de Orb. T

02.10.18
Data

Ass. Médico Consultante

**FEPISEH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz

**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**

CIRCULANTE Cilene Figueira Barbosa SALA Nº _____

ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA: 08:35 INÍCIO DA CIRURGIA 09:40

SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA _____

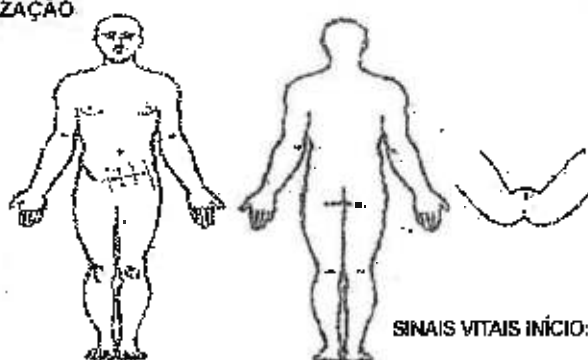
CIRURGIA PROPOSTA: osteossíntese de fratura costela

CIRURGIA REALIZADA _____

CIRURGIÃO Dr. Marcos Junior ANESTESIOLOGISTA Dr. Cleodir do INSTRUMENTADOR _____

ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTRÓDOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO 99 FC 78

SINAIS VITAIS TÉRMINO PA _____ SATO _____ FC _____

TIPO DE ANESTESIA

☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	☐ GERAL VENOSA	☐ GERAL
☐ BLOQUEIO AXILAR	☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	☐ LOCAL	☒ <u>Rapida</u>
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	☐ BLOQUEIO PERIBULBAR	☐ PERIDURAL	☐ COM CATETER
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ GERAL COMBINADA (V+1)	☐ SEDAÇÃO	☐ SEM CATETER
	☐ GERAL INALATÓRIA	☐ SEDAÇÃO + LOCAL	
		☐ TÓPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF

☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____ ☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

☒ DORSAL	☐ GINECOLÓGICA	☐ LATERAL ESQUERDO	☐ SENTADA	☐ TRENDELEMBURG
☐ VENTRAL	☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL DIREITO	☐ SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE

☐ DEGERMAÇÃO	☐ PVPI DEGERMANTE	☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	☐ PÓS-OPERATÓRIO
☐ ANTI-SEPSIA	☐ PVPI ALCOOLICO	☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO	☒ <u>PRE-OPERATÓRIO</u>
☐ REALIZADA POR _____	☐ EQUIPE MÉDICA	☐ EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CATETERISMO VESICAL	☐ TRICOTOMIA	☐ PASSAGEM SNG	☐ ASPIRAÇÃO
☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	☐ FUNÇÃO VENOSA	☐ MSD	☐ OUTROS _____
		☐ MSE	

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BANSEAR _____ UND. ☐ SNG Nº _____

☐ SONDA FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA _____ UND. ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UNID. ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg ☐ NÃO SE APLICA

LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO ☐ COXA ☐ PANTURRILHA

TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

☐ ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____

☐ LABORATÓRIO ☐ RX ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM ☐ OUTROS _____ NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
marcos vinícius monte de sausa				01/10/15		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL			
SERINGA 5 ML/10 ML	02			ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 20 ML	02			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				ASPIRADOR	☐	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				AUTOCLAVE	☒	
AGULHA 40X12	02			INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☒	
ALGODÃO				ULTRASSON	☐	
ÁGUA DESTILADA	03			STIMUPLEX	☐	
PVPI	300ml					
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM GREPOM	15 cm	02				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF	01					
NEOCAINA PESADA	0.5-1	02				
LIDOCAINA						
PROFANOL						
MIBAZOLAN	Ordeuse / rona	01				
DIAZEPAN						
TIOPENTAL	Ranilidina	01				
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA	2 g	02	034			
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A	1.5	01	401			
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT CROMADO	ca. 1/2 ar nasa	01				
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	3.0	01				
VYCRIL	8.0	01				
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	pacotes	15				
ESPARADRAPO	30 cm					
LÂMINA DE BISTURI	24	01				
LUVA ESTÉRIL	8.0	04				
LUVA DE PROCEDIMENTO	pares	02				
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	3.000ml	06				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO	1500ml	03				
JELCO	22	02				
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		02				
TNOXICAM						
				USO DA SALA		
				INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
				02:35		
				OPERAÇÃO		
				CIRURGIÃO		
				AUXILIAR		
				ANESTESISTA		
				TIPO DE ANESTESIA		
				INSTRUMENTADOR		
				OCORRÊNCIAS		

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 24/10/15
Funcionário
José Ayres Pedreira Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3424 TEOT 11.977
RUE 024. REN 214.04

MÉDICO:

ENFERMEIRA(O):

TÉC. ENFER:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

2 - CNES

7892667

4 - CNES

7892667

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160422563600002

10 - NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO MONTE

12 - ENDEREÇO

RUA CARLOS LARCEIRA, 248 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PIMENTEIRAS

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/01/1998

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

28159

9 - SEXO

1 Fem. X 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9810-10228

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

2208106

15 - UF

PI

16 - CEP

64320-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fraturas complexas em Face.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Tratamento cirúrgico

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

TC de Face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fraturas complexas em Face

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

CAUSA ASSOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLÍNICA OBSTETRICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

138.141.173-87

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/10/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Pablo D. V. de Alencar

Cirurgião Bucodentofacial

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

44 - CDD. ORGÃO EMISSOR

E220000002

48 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

138.141.173-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	10584
Data:	05/10/2018
Hora:	19:04

N.º AIT
OLIVEIR.

28169 - MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 11/01/1998 - 20 ANOS, 9 MESES, 25 DIAS

Clinica: CLINICA Enfermaria: 03D- ALA D ENFERMARIA Leito: D0302 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 1457 - ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

CPF: RG: 4077247 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA CARLOS LARCEIRA, N° 248 - CEP: 64320-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2208106- PIMENTEIRAS/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: () -

Pai: FRANCISCO CHAGAS RODRIGUES DE SOUSA Mãe: MARIA DO SOCORRO MONTE

Responsável: BRUNO CARVALHO - - AMIGO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Paciente vítima de acidente motociclistico admitida de outro serviço para realizar tratamento cirúrgico de fraturas complexas em Face.

Diagnóstico Provável

Fraturas complexas em Face

Dr. Pablo D. V. de Alencar
Cirurgião-Bucodentofacial
CRO-PI 2580
CPF: 004.797.523-70

ANTONIO REIS DE CARVALHO JUNIOR

DPVAT
24 JUN 2018
PJ CORRETORES DE SEGUROS

C.N.P.J. 06.553.564/0013-71



HRDC
HOSPITAL RESEARCH FOR THE FUTURE

Data: 05 / 10 / 2018

Paciente: <u>Flavio Vinícius Mendes Sauer</u>	Leito: <u> </u>	DN: <u>31 01 1998</u>
---	--------------------------	-----------------------

[illegible]

Hospital Regional Deolindo Couto – H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(69) 3462-3969 – CEP: 64.500-000 – Oeiras – PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: UNSAUD - Mônica Reis Dantas

7ª - DRS - Município: **PIMENTEIRAS - PI**

Nome: MARCOS VINÍCIOS MONTE FORTES Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data Nascimento: 11/04/1988 Ocupação: _____
Endereço: PIMENTEIRAS - RUA Bairro: _____ Tel: _____

Motivo de Encaminhamento: ACIDENTE CIRCUNSTÂNCIAS COLÍSSO MOTOR EM 29/08/2018

Resultado dos Exames: VINCE DELESTONIA ANEXO

Conduta Realizada: SUPERTE, COM SOLICITANT: DEBORA CILVENIA APODAMENIO AMAR

Impressão Diagnóstica: TRAUMA DE FACE HEMATOMA PERIORBITARIO ESQ E SINISTRO -
CENITRA DE APODAMENIO DE FACE - FRACTURA MALAR ESQ

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: MEDICO Data: 05/10/2018 Hora: 16:00L

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: HRDC - DEINTS M Data: 05/10/2018 Hora: 16:00L

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: _____ / _____ / _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

O Problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____

(*) Utilizar também como resumo de alta





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OERAS - PIAUÍ

REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO

Paciente: Marcos Vinícius M. Sá

Idade: _____ Enf./Leito: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Prontuário: _____

Chegada do paciente à sala cirúrgica: às 12:50 Data: 06/10/18

I CHECK LIST - Na entrada do centro cirúrgico

Checkar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

Nível de Consciência

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Outro: _____

Padrão Respiratório

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Apnéia ☐ Entubado sob VM ☐ Outro: _____

Motricidade

☐ Deambulando sem Auxílio ☐ Deambulando com Auxílio ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamado

☐ Déficit motor: _____

Pele

☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Ictéria ☐ Integra ☐ Úlcera por Pressão

☐ Presença de acesso venoso MSE ☐ Traqueostomia _____

Sistema Digestivo

☐ Jejum desde as 12:00 ☐ Náuseas ☐ Vômito ☐ SNG ☐ SNE ☐ Ostomias _____

Sistema Renal

Diurese: ☒ Espontânea ☐ Ausente ☐ SVD ☐ Retenção ☐ Incontinência

Antecedentes Patológicos

Diabetes: ☐ Sim ☒ Não Hipertensão Arterial: ☐ Sim ☒ Não Outras Patologias: _____

☐ Cirurgias Anteriores: Intervenção ☐ Medicação de uso Contínuo: nao

☐ Alergia Medicamentosa: nao Retirada de Próteses: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

Acompanhamento de Exames: ☒ Sim ☐ Não Reserva de Hemoderivados: ☐ Sim ☒ Não

OBS.: _____

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: _____

Gessica Rayanne S. de Sousa
Enfermeira

COREN / Matrícula: _____

COREN - PI 327063

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Centro - Oeiras-PI

SERVIÇO SALA DE OPERAÇÕES

N.º _____

Operado

S - B

Nº da Sala

Apto.

Guia

Diagnóstico

Operação

Auxiliares: 1º

Auxiliares: 2º

Anestesiata:

Anestesia: Geral?

Local?

Raque?

Outros?

Anestesia:

Medicamentos anestésicos usados

Material usado: 1º Sutura

2º - Caixas com material cirúrgico usado

3º - Medicamentos:

4º - Material avulso:

a) Gases

b) Algodão

c) Compressas

d) Luvas

e) Antisséptico

f) Éter

g) Esperadrapo

h) Outros

5º - Oxigênio:

6º - Data da Operação

Cirurgião:

Supervisor Hospitalar:

Hora Início:

Enfermeira:

Término:

C.R.M.:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Data 05/10/18 Horário: 12:40 Clínica de Internação: Cirurgia

1. Nome do Paciente Marcos Vinícius M. Sousa Enf./Leito 0333

Sexo: ☒ M ☐ F Peso: _____ Altura: _____

2. Estado Civil: ☒ solteiro ☐ casado ☐ viúvo ☐ separado ☐ Não se aplica

3. Nível de escolaridade completo: ☐ Analfabeto ☒ Ensino Fundamental Menor
☐ Ensino Fundamental Maior ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior ☐ Não se aplica

4. Diagnóstico cirúrgico: _____

5. Cirurgia Proposta: _____ Data da cirurgia prevista: 06/10/18

6. Potencial de contaminação da cirurgia atual:

☒ limpa ☐ potencialmente contaminada ☐ contaminada ☐ infectada

7. Provável anestesia do procedimento cirúrgico atual:

☐ Geral ☐ Peridural ☐ Raquidiana ☐ Local ☐ Bloqueio de plexo

8. Cirurgia Anterior: ☒ Sim ☐ Não

Qual(is) Abdominal

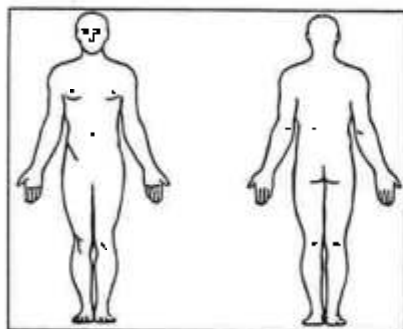
9. Apresentou algum problema? ☐ Sim ☒ Não

Especifique: _____

10. Uso de medicação contínua: ☐ Sim ☒ Não

Qual(is) _____

Demarque a área a ser operada, com um "X"



SSVV	
PA (mmHg)	<u>150x80 mmHg</u>
T (°C)	<u>36,3°C</u>
R	<u>18 rpm</u>
P	<u>80 bpm</u>

11. Exames realizados e resultados:

Eletrocardiograma - ECG e Risco Cirúrgico ☐ Sim ☒ Não

Raio X ☐ Sim ☒ Não

"É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz,
de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática."

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM (2013)

HRDC

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

Av. Rui Barbosa, 586 - Oeiras-PI - Fone: (89) 3462-1213
CEP 64.500-000
CNPJ 06.553.564/0013-71

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento

☐

Uso de Prótese e Órteses

☐

Diária de UTI

☐

Uso de Fatores de Coagulação

☐

Diária de Acompanhante

☐

Uso de Oxigenadores

☐

Vacina Anti RH

☐

Nutrição Parenteral

☐☐☐

Hospital: **HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**

CNPJ 06.553.564/0013-71

Paciente: _____ N.º AIH _____

Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado _____

Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente recruta de tratamento
cirúrgico sob anestesia geral*

Dr. Pablo D. V. de Azevedo
Cirurgião-Bucodentofacial
CRO-PI-2580
CPF: 604.797.523-70

DATA ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

AUDITOR:

DATA ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante
CRM e CPF

Patutuda Maria da Conceição

15.08.1953

536994763 87

CIC

GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

GOV. DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Patutuda Maria da Conceição

1391825

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

15/08/1953

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2018

DPVAT

Patutuda Maria da Conceição

03330100-1

36130187

DRF - TERESINA - PI

Patutuda Maria da Conceição
Edilene L. Rocha
Mat. 85.000.7-6
Gereis Jlg. Correias
Pimenteiros - PI

03330100-1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
882.997

DATA DE
EXPIRAÇÃO 09/12/16

NOME
PATUTUDA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO
ELVINA MARIA DA CONCEIÇÃO
CASAMENTO VIEIRA DE SOUSA

NATURALIDADE
SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI

DATA DE NASCIMENTO
15/08/1953

DOC. ORDEM
CERT. NASC. 705 E 2-A F 162-V
EXP SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI 15/08/1953

536.994.753-87

1391825

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.350/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393315 **Cidade:** Pimenteiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE À ESQUERDA. P.13
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MAXILA À ESQUERDA E EM PÉ ESQUERDO) E ALTA MÉDICA. P.1-4,22

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393315 **Cidade:** Pimenteiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE À ESQUERDA. P.13
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO. P.6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MAXILA À ESQUERDA E EM PÉ ESQUERDO) E ALTA MÉDICA. P.1-4,22

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: MARCOS VINÍCIUS MONTE DE SOUSA
 Nacionalidade: INDEPENDÊNCIA Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Ru Rod
 RG: 4077.247 Org. emissor: D. Expedição: 20/06/14 CPF: 073.939.923-37
 Endereço: R. CLAUDIO PACHECO Nº: 721 Bairro: CENTRO
 Cidade: PIMENTEIRAS-PIAUÍ Estado: PI CEP: 64320-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO
 Nacionalidade: S.M. DOTÁRIO PI Estado Civil: Profissão: Ru Rod
 RG: 882.997 Org. emissor: SSP/PI D. Expedição: 09/12/16 CPF: 536994753-87
 Endereço: R. CLAUDIO PACHECO Nº: 721 Bairro: CENTRO
 Cidade: PIMENTEIRAS-PIAUÍ Estado: PI CEP: 64320-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representá-lo perante a Seguradora IDER 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 MARCOS VINÍCIUS MONTE DE SOUSA Acidente ocorrido em: 29/09/18

Local / data: PIMENTEIRAS-PI-30 DE NOVENBRO 2018



MARCOS VINÍCIUS MONTE DE SOUSA

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PI CORRETORA DE SEGUROS
 24 JUN 2019
 DPVAT

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)



RECONHECIMENTO DE FIRMA
 CARTÓRIO ÚNICO DE PIMENTEIRAS-PI
 Reconheço por Autenticidade a firma de MARCOS VINÍCIUS MONTE DE SOUSA
 Pimenteiras-PI, 30/11/2018

Francisca Antônia Barros da Silva
 Escrevente Autorizada
 Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211731/19

Vítima: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

CPF: 073.939.923-37

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS VINICIUS
MONTE DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO : 536.994.753-87

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA : 073.939.923-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 536.994.753-87

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393315

Vítima: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393315

Vítima: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000023720-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 073939923-37 Nome completo da vítima: Marcelo Vinícius Monte de Souza

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

Nome completo: Marcelo Vinícius Monte de Souza CPF: 073939923-37

Profissão: Revisor Endereço: Rua Claudio Pacheco Número: 721 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Ponteiras Estado: Pi CEP: 64300-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-9929-4396

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): _____

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 23720 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

24 JUN 2019

DPVAT

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Ponteiras Pi 24.06.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marcelo Vinícius Monte de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

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

ias CAIXA Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVTDORIA 0800 725 7474

085-433413117-3

26/MAR/2019

HORA DE 15:09:2

LOT: 15.020806-B

TERM: 04270

LOCALIDADE: PIMENTETRAS

AG. VINCULADA: 3887

CONTROLE: 12585026

DEPÓSITO EM DINHEIRO

\$887 013 00023720-9

MARCOS VINICIUS M SOUSA

VALOR

:

4,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-433413117-3

1ª VIA

ias CAIXA Loterias CAIXA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 055/2018

REGISTRO DO ACIDENTE

Delegacia responsável: Delegacia de Polícia Civil do Município de Pimenteiras – PI.
Data e hora da comunicação: 19.10.2018 (quinta-feira), às 08h10min da manhã.
Comunicante: ROMÁRIO VITAL DUARTE (condutor/genitor da vítima não fatal)
Endereço: Rua Piripiri, nº 581, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI (antiga Rua Maria do Socorro Marreiros).

DADOS DO ACIDENTE

Data e hora da ocorrência: 29.09.2018 (sábado), às 21h50min da noite.
Tipo de via: Estrada pavimentada (calçamento) Zona: Urbana
Local do fato: Defronte a caixa d'água da Agespisa (Água e Escoto do Piauí S/A), situada na Rua Tunico Joana, bairro Vila Nova, Cidade de Pimenteiras/PI.
Condições Locais: via simples, com pavimentação calçamento, regular estado de conservação, traçado em curvas, perfil semiplano, período noturno, boa visibilidade e tempo bom.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

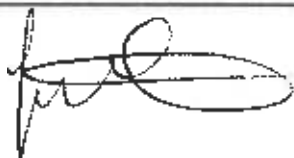
DPVAT

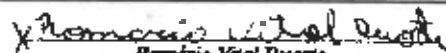
DADOS DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Pessoas envolvidas: Condutores Tipo: Condutores, vítimas não fatais.
Condutor do veículo unidade 01 (um): Romário Vital Duarte Nacionalidade: Brasileiro
Naturalidade: Pimenteiras/PI Profissão: Trabalhador rural Estado civil: Solteiro
Idade: 24 Anos Data de nasc.: 13.05.1994 Escol.: Alfabetizado
Doc.: RG. 56.044.640-8 SSP/PI CPF/MF: 448.371.558-55 CNH: Não habilitado
Filiação: Rosa Vital da Costa Duarte e de Antônio Paulino Duarte Neto
Endereço: Rua Piripiri, nº 581, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI (antiga Rua Maria do Socorro Marreiros).
Telefone: 015 (89) 98138-2483.

Pessoas envolvidas: Condutores Tipo: Condutores, vítimas não fatais.
Condutor do veículo unidade 02 (dois): Marcos Vinícius Monte de Sousa Nac.: Brasileiro
Naturalidade: Independência/CE Profissão: Trabalhador rural Est. Civil: Solteiro
Idade: 20 Anos Data de nasc.: 11.01.1998 Escol.: Alfabetizado
Doc.: RG. 4.077.247 SSP/PI CPF/MF.: 073.939.923-37 CNH.: Não habilitado
Filiação: Maria do Socorro Monte e de Francisco Chagas Rodrigues de Sousa
Endereço: Rua Claudio Pacheco, nº 721, bairro centro, Cidade de Pimenteiras/PI.
Telefone: Não informado.

DADOS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS




Romário Vital Duarte
Comunicante/condutor vítima não fatal

Veículo Unidade 01 (um)

Veículo: Motocicleta Marca/modelo: Honda/CG 125 Fan KS Cor: Preta
Placa: ODY-6619 Município: Pimenteiras/PI Chassi: 9C2JC4110BR513705
Ano fabricação: 2012 Ano/modelo: 2012 Cód. renavam: 356473473
Licenc. em nome: *Francisco Nelsom Ribeiro Pereira* CPF/CNPJ: 00209713380
Condutor do veículo: Comunicante/vítima Combustível: Gasolina
Endereço: Consta no documento do referido veículo Local de reg.: Detran/PI
Outras informações: O comunicante/conductor relatou que trafegava conduzindo este veículo (motocicleta) pela Rua Tunico Joana, bairro Vila Nova, Cidade de Pimenteiras/PI/PI.

Veículo Unidade 02 (dois)

Veículo: Motocicleta Marca/modelo: Honda/XRE 300 Cor: Vermelha
Placa: PIK-1924 Município: Valença do Piauí/PI Chassi: 9C2ND1110FR017778
Ano fabricação: 2015 Ano/modelo: 2015 Cód. renavam: 01054569271
Licenc. em nome: *Roberto Ferreira de Sousa* CPF/CNPJ: 00844471330
Condutor do veículo: Comunicante/vítima Combustível: Gasolina
Endereço: Consta no documento do referido veículo Local de reg.: Detran/PI
Outras informações: O comunicante/conductor relatou que o condutor trafegava conduzindo este veículo (motocicleta) também pela Rua Tunico Joana, bairro Vila Nova, Cidade de Pimenteiras/PI, sentido contrario de direção.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

- NÃO INFORMADO

24 JUN 2019

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DPVAT

O comunicante/conductor supramencionado (*Romário Vital Duarte*), acima já qualificado relatou que trafegava conduzindo esse veículo (motocicleta) pela sobredita Rua (Rua Tunico Joana, bairro Vila Nova, Cidade de Pimenteiras/PI); Que defronte a caixa d'água da Agespisa (Água e Esgotos do Piauí S/A), existente nessa via o mesmo bateu (colidiu) a motocicleta unidade 01 (motocicleta Honda/CG 125 Fan KS, cor preta, placa ODY-6619, Município de Pimenteiras/PI), que conduzia com a motocicleta unidade 02 (motocicleta Honda/XRE 300, cor vermelha, placa PIK-1924, Município de Valença do Piauí/PI), que estava sendo conduzida pelo condutor/vítima supramencionado e qualificado (*Marcos Vinicius Monte de Sousa*); Que por conta dessa batida (colisão) os mesmos (condutores/vítimas) perderam o controle dos veículos envolvidos que conduziavam acima descritos e veio cair ao chão da parte central dessa via; Que em decorrência dessa queda o comunicante condutor do veículo unidade 01, sofreu *fratura em perna esquerda de acordo com ficha de atendimento hospitalar da Unidade Mista de Saúde Mônica Reis Dantas - UMSMRD, situada na Cidade de Pimenteiras/PI, primeiro local de atendimento dele comunicante/conductor, logo após o mesmo sofrer esse acidente, boletim de admissão, laudo médico, check liste para paciente no pré-operatório, exame de Raios-X e outras documentações do Hospital de Regional Deolino*

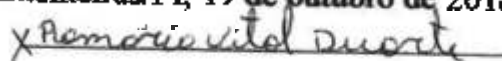
Romário Vital Duarte
Romário Vital Duarte
Comunicante/conductor vítima não fatal

Couto – HRDC, situado na Cidade de Oeiras-Piauí, local onde o comunicante/conductor foi encaminhado, internado e submetido tratamento por conta dos ferimentos sofridos nesse acidente automobilístico (colisão); Sendo que o condutor/vítima do veículo unidade 02, sofreu fratura exposta em pé esquerdo e fratura complexa em face de acordo com fichas de atendimento hospitalar e de referencia da Unidade Mista de Saúde Mônica Reis Dantas – UMSMRD, situada na Cidade de Pimenteiras/PI, também o primeiro local de atendimento desse condutor/vítima, logo após o mesmo sofrer esse acidente, ficha de atendimento (emergência), boletim de Admissão, ficha de prescrições médicas, relatórios de enfermagens, requisição de parecer, registro de enfermagem no trans-operatório centro cirúrgico e ficha de sala do Hospital de Regional Justino Luz-HRJL, situado na Cidade de Picos/PI, boletim de admissão, laudo para solicitação e autorização de internação hospitalar, ficha de prescrições médicas, anotações de enfermagem e serviço sala de operações e outras documentações medicas do Hospital de Regional Deolindo Couto-HRDC, situado na Cidade de Oeiras/PI, local onde também o condutor/vítima foi encaminhado, internado e submetido tratamento, também por conta dos ferimentos sofridos nesse acidente automobilístico (colisão), relatórios de exames de Raios – X da clínica Dr. Antônio Bomfim, situada Cidade de Valença do Piauí/PI, conforme, cópias dessas documentações em anexos. Disse ainda o comunicante/conductor que desse local (local onde ocorreu o acidente automobilístico), o mesmo juntamente com o outro envolvido, foram levados para a sobredita Unidade Mista de Saúde, onde os foram internados e atendidos pelo Dr. Tallys Luz Caminha-CRM/PI 7068, médico plantonista dessa Unidade de Saúde; Que dessa Unidade Mista de Saúde os mesmos foram encaminhados e levados para os sobreditos Hospitais Regionais de acordo com todas as documentações médicas, acima referidas. O comunicante/conductor declarou que está fazendo o presente registro de ocorrência para que os mesmos (condutores/vítimas), envolvidos nesse acidente possam requerer junto a seguradora o prêmio do seguro DPVAT e de outros benefícios, que por ventura tenham direitos. Era o que tinha a certificar, o referido é verdade e dou fé. Eu, João da Cruz Moraes Mendes- 2º Sgt. “PM”, Comandante do Gpm, que o digitei. //

Pimenteiras/PI, 19 de outubro de 2018.

Comandante do Gpm.


João da Cruz Moraes Mendes
2º Sgt. PM Cmt. Do Gpm.
RG.: 10.3.741-76/PMP


Romário Vital Duarte
Comunicante, condutor pai da vítima

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

"As informações contidas neste Boletim de Acidente de Trânsito, são de inteira responsabilidade deste Comunicante, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB)".

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 073939923-37 Nome completo da vítima: Marcelo Vinicius Monte de Souza

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

Nome completo: Marcelo Vinicius Monte de Souza CPF: 073939923-37

Profissão: Revisor Endereço: Rua Claudio Pacheco Número: 721 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Ponteiras Estado: Pi CEP: 64300-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-9929-4396

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 23720 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

DPVAT

24 JUN 2019

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Ponteiras Pi 24.06.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marcelo Vinicius Monte de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
QUITDORIA 0800 725 7474

085-433413117-3

26/MAR/2019

HORA DE 15:09:23

LOT: 15.020806-B

TERM: 04270

LOCALIDADE: PIMENTETRAS

AG. VINCULADA: 3887

CONTROLE: 12585026

DEPÓSITO EM DINHEIRO

\$887 013 00023720-9

MARCOS VINICIUS M SOUSA

VALOR

:

887,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-433413117-3

1ª VIA

ATENDIMENTO HOSPITALAR

Paciente: marcos Vinicius monte de souza Idade: 31.01.1998
 Endereço: Rua Claudio Pacheco Nº Cidade: Pimenteiras
 Documento: 160 42 25 6360 0002 Tipo: SU

DATA: 21/09/12

SINAIS VITAIS					GLICEMIA
HORA	T	P	R	PA	
22:40				130 80	

Atendimento Médico

Paciente sofreu acidente motociclistico com lesão no tornozelo. Neu (lesão) no tornozelo. Exposto de osso. EF. Placa (lesão) no tornozelo. Gesso no tornozelo. Solução no tornozelo. 22-40 Danos no tornozelo.

01. RANCO LINDO TAVAREZ
 02. TRANSMISSÃO PIAUÍ
 03. LITANIAS K-014 PDI
 04. CÔNULO COM BILDO.

PIMENTEIRAS

MELHOR PARA VIVER

Anotações de Enfermagem

Por sistema de acidente motociclistico (lesão) apresenta ferimento em PE. Ref. Danos no tornozelo. Córrea 682907.

Conferir com o original

em 20/10/12

Protes

08.554.893/0001-01
 UNIDADE MISTA DE SAÚDE
 MÔNICA REIS DANTAS
 PIAUÍ
 CENTRO
 PIMENTEIRAS

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: 02/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VINICIUS MONTE DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000023720-9

Nr. da Autenticação 468B01A706288F35