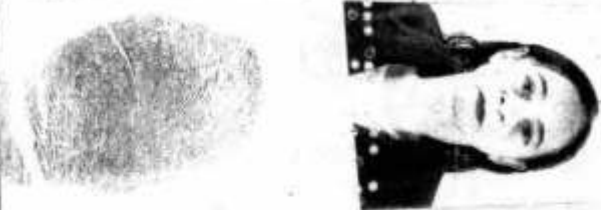


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Raimunda Maria da Conceição

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.988.575 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/18

NOME RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO
ADÃO BORGEM DE JESUS

NATURALIDADE AROAZES-PI DATA DE NASCIMENTO 09/08/1953

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 266 L 02 F 56

CIF EXP AROAZES-PI 13/08/13
868.170.003-01 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Vice Delegado de Polícia

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL	1.988.575	DATA DE EMISSÃO	05/09/18
NOME	RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO		
FILIAÇÃO	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO ADÃO BORGES DE JESUS		
RESIDÊNCIA	ARQAZES-PI	DATA DE NASCIMENTO	09/08/1953
END. COMPLETO	CERT. CASAM. 266 L 02 F 06 EXP. ARQAZES-PI 22/09/2018 868.170.003		

LEI Nº 7.116 DE 29/09/82 - DECRETO Nº 59.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Placa: 00950998915
Exercício: 2018

Nome: PEDRINA SOARES DA SILVA

CPF / CNPJ: 00950998915

Placa: 89268733315

Chassi: 9C2JC30708R124678

Placa Ant: UF: 9C2JC30708R124678

Marca / Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano Fab: 2007

Cap / Pot / Cil: 02P / 0124CC

Categoria: PARTICU

Ano Lic: 2006

Cota Única: 1

1ª IPVA

Parcelamento / Cotas: 2

2ª PAGO

Prêmio Tarifário (R\$): 000,00

3ª PAGO

Nº Motor: JC30E78124678
A/FTD. BANCO FINASA S.A.

Valor do IPVA: 07/11/2018

Assinado digitalmente por: [Assinatura]

PI Nº 013604699397 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

Exercício: 2018
Data Emissão: 07/11/2018

Placa: 89268733315

Chassi: 9C2JC30708R124678

Marca / Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano Fab: 2007

Ano Lic: 09

Prêmio Tarifário: 000,00

000,00

SEGURO LÍDER - DPVAT

Assinado digitalmente por: [Assinatura]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Placa: 00950998915
Exercício: 2018

Nome: PEDRINA SOARES DA SILVA

CPF / CNPJ: 00950998915

Placa: 89268733315

Chassi: 9C2JC30708R124678

Placa Ant: UF: 9C2JC30708R124678

Marca / Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano Fab: 2007

Cap / Pot / Cil: 02P / 0124CC

Categoria: PARTICU

Ano M: 2006

Cota Única: 1

1ª IPVA

Parcelamento / Cotas: 2

2ª PAGO

Prêmio Tarifário (R\$): 000,00

3ª PAGO

Nº Motor: JC30E78124678
A/FTD. BANCO FINASA S.A.

Valor do IPVA: 07/11/2018

Assinado digitalmente por: [Assinatura]

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

PI Nº 013604699397 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

Exercício: 2018 DATA EMISSÃO: 07/11/2018

Placa: 89268733315

Renavam: 00950998915

Ano Fab: 2007

Ano M: 09

Marca / Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Cap / Pot / Cil: 02P / 0124CC

Categoria: PARTICU

Ano M: 2006

Cota Única: 1

1ª IPVA

2ª PAGO

3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO: 000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

DATA DE QUITAÇÃO: 26/10/2018

CPF: 09.248.608/0001-04

SEGURO LÍDER - DPVAT

07/11/2018

SEGURO DPVAT

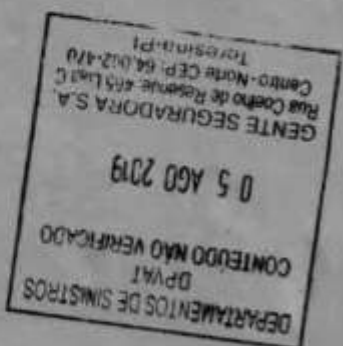
GENTE SEGURADORA

RUA COELHO DE RESENDE, 465 - SALA C

CENTRO / TERESINA-PI

CEP 64000-370

DH



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	192.872	DATA DE EXPEDIÇÃO	31/03/16
NOME	PEDRINA SOARES DIAS		
FILIAÇÃO	MARIA DA CRUZ E SILVA BENEDITO SOARES DA SILVA		
NATURALIDADE	VALENCA-PI	DATA DE NASCIMENTO	18/11/1955
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 5576 L 48 F 123		
CPF	EXP 18/02/70		
TERESINA	332.087.333-15		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Pedrina Soares Dias
0759734
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE VALENÇA DO PIAUÍ - PI
CARTÓRIO "RIVADÁVIA SOARES"
2º Ofício Registros, Notas e Mais Anexos de Valença do Piauí - PI
CNPJ: 07.471.550/0001-38

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME: AMAURI DIAS e PEDRINA SOARES DA SILVA

MATRÍCULA: 0792020155 1974 2 00048 123 0005976 56.

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES.

AMAURI DIAS e PEDRINA SOARES DA SILVA. ELE nascido aos 01º de agosto de 1.930, PAUJO no Estado de São Paulo, brasileiro, filho de: Guiomar Dias. ELA nascida aos 18 de novembro de 1.955, no lugar Tranqueira teste Município, de Valença do Piauí, brasileira, filha de: Benedito Soares da Silva e Maria da Cruz e Silva.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO

Vinte e quatro de abril de mil novecentos e setenta e seis

DIA MÊS ANO
24 04 1976

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de bens

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR:

PEDRINA SOARES DIAS

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES:

O presente registro foi lavrado no livro 48-B, às folhas 299, sob n.º 40. AVERBAÇÃO: Em cumprimento do mandado de averbação expedido pela Secretaria da vara única desta Comarca que aqui fica arquivado, foi decretado o Divorcio Direto Juridical do casal que se trata o presente termo, conforme sentença deste Juiz Dr. José Wagner Linhares, datada de 14.05.2009, exarada no processo n.º 3.738/08 ; continuando a varoa a usar o mesmo nome ; dou fé. Eu, [Assinatura] Escrevente do Cartório do Registro Civil, digitei e subscrevi.

NOME DO OFÍCIO: Cartório do 2º Ofício
OFICIAL REGISTRADOR: Rivadávia Ferreira Soares
MUNICÍPIO: Valença do Piauí
ENDEREÇO: Rua Eurípedes Martins, 360, Centro

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: 24/05/2011, Valença do Piauí

Assinatura da Escrevente.

CARTÓRIO RIVADÁVIA SOARES

CARTÓRIO RIVADÁVIA SOARES

Assinatura da Escrevente

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO
Rua Euclides Martins, 614 - Centro
Vila Rica do Piauí - PI
CEP 641300-000

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Empresas de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265411/19

Número do Sinistro: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 868.170.003-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDA MARIA DA
CONCEICAO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento dos processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 9H às 20H: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 5194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 868.170.003-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Guilherme C. B.

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Em razão da falta de apresentação do(a) O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL, DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO/EM CASO DE CIRURGIA E, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Cópias de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Solicitamos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devam estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462827 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
FRATURA DO 4º E 5º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P1 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P5 À 7

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462827 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
FRATURA DO 4º E 5º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P1 4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: P5 À 7

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462827 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO
FRATURA DO 4º E 5º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO/EM CASO DE CIRURGIA E

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265411/19

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 868.170.003-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO : 868.170.003-00

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: 05/08/2019
Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 868.170.003-00

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265411/19

Número do Sinistro: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

CPF: 868.170.003-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 06/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019
Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
CPF: 868.170.003-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

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, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Em razão da falta de apresentação do(a) O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO/EM CASO DE CIRURGIA E, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462827

Vítima: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 09/05/2019, emitido pelo Dr. MARISA DANTAS CRM nº 4024 - PI, da Instituição HUT, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

868.170.003-00

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

APOSENTADA

JOSE DE SOUSA LACERDA

5

0 - F

VALE VERDE

VALENÇA DO PIAUÍ

PI

64300-000

willamirha.adv@hotmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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 013 CONTA: 00019573 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação ou 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Valença do Piauí, 12/07/19

Raimunda Maria da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2019

ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

592 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000104/2019-11

Unidade de Registro: 7º DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: José De Oliveira Araújo

Data/Hora: 03/07/2019 - 11:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

7º DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AV BRASIL, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/05/2019 - 11:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

RQ: 1988575 SSP/PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO

Pai: ADÃO BORGES DE JESUS

Endereço: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA Q. F. C. 5 V. VERDE, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9913-9924

Tipo Envolv.: VITIMA/Nº

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2008 NIH0870 9C2JC30708R124678

Renavam:

00950998915

Cor:

Preta

Condutor: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

End: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA Q. F. C. 5 VALE VERDE Número: Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: PEDRINA SOARES DA SILVA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL QUE, DIA HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO PEGAVA CARONA NA GARUPA DA MOTO CONDUZIDA A PELO SEU ESPOSO FRANCISCO LEITE BARBOSA, QUANDO A MOTO CIMA QUALIFICADO LICENCIADA EM NOME DE PEDRINA SOARES DA SILVA, TRAFEGAVA PELA CONTRA MÃO DA AV. BRAISL BATENDO NA LATERAL DA MOTO LADO ESQUERDO PROVOCANDO O ACIDENTE ONDE A QUEIXOSA E O SEU ESPOSO CAÍRAM AO SOLO, SENDO QUE O MESMO TEVE UM CORTE PROFUNDO NO MOCOTÓ, SENDO QUE A QUEIXOSA TEVE DUAS FRATURA NO MÁXILAR SUPERIOR ESQUERDO, DUAS COSTELAS FRATURADAS LADO ESQUERDO E ALGUMAS LESÕES PELO CORPO, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

José De Oliveira Araújo - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO - Noticiante

Responsável pela Informação

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

Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.100-000 - Fone: (89) 3465-3171

CERTIFICADO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU FE DA VERDADE
VALÇA DO PIAUÍ - 03/07/2019

Pro. Cláudia Melo Lopes Ferreira - Escrivão - ESCRITÓRIO
Enol.: 2,48 TJ: 0,50 FPP: 0,06 Sel.: 0,26 Total: 3,24 Saloraba 99177



Ana Cláudia Melo L. P. Oliveira
Escrivão Autorizada

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

868.170.003-00

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

APOSENTADA

JOSE DE SOUSA LACERDA

5

0 - F

VALE VERDE

VALENÇA DO PIAUÍ

PI

64300-000

willamiriva.adv@hotmail.com

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 3887 013 CONTA: 00019573 5

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização futura.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Valença do Piau, 12/07/19

Raimunda Maria da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Notas
Bucamatta

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 09/05/2019 13:33:53

(User: LUIZ ALENCAR)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 510635
Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO	Pai: ADÃO BORGES DE JESUS	
End.Resid.: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA N:00 F CASAC5 - ZONA RURAL - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP:		
Nascimento: 09/08/1953	Idade: 65a9m0d	Sexo: Feminino Fone: 86-99913-9924
Responsável: ALESSANDRA-NORA	CNS: 207199921890009	
Profissão: LAVRADORA	Documento: RG: 1988575 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720850	Entrada: 09/05/2019 12:32:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clás. Risco:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina PI

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE MOTO COM MOTO, HÁ 3 DIAS, REFERE EPISÓDIO DE DESMAIO, VÔMITOS, EPISTAXE.

A) VIAS AEREAIS PERVIAS

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:75.BPM ,SAT O2:98%, FR 18 IRPM.

C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.

E) EQUIMOSE PERIOBITRÁRIA ESQUERDA.

TC. b/bw unox
Sm condit rica

Diagnóstico Inicial:	CCD:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

(1212849) - ANGIO TC DE CRANIO

(1212849) - T.C. DE FACE

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Dr. Aurélio Alves
MÉDICO
CRM-PI: 7365

Prescrição Médica:**EXAME:** _____**DATA:** _____**Doi:** _____
TECNOLOGIA**Motivo da Alta/Encerramento:****Observação (Adulto):****DATA:** ____/____/____ **HORA:** ____:____:____



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de emissão autorizada pelo SEFAZ 06/98

Para contato
com o SECO, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0369992-7

Nº da Nota Fiscal 023595216

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	02-07-2019	135	129,04

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO
CJ VALE VERDE 5 Q F * C 05 VALE VERDE
CPF: 00086817000300
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

ROT: 38.750.18.24.642500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1576	Atual:	25/06/2019
Anterior:	1441	Anterior:	24-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	25-07-2019
Consumo Medido:	135	Emissão:	24-06-2019
Consumo Faturado:	135	Apresentação:	25-06-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2124256		1.1.1.1	120

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/19	121	CONSUMO	135 A R\$ 0,859567 = 116,04
ABR/19	124	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,00
MAR/19	126	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,29
FEV/19	124		
JAN/19	115		
DEZ/18	120		
NOV/18	144		
OUT/18	138		
SET/18	143		
AGO/18	126		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 135 - R\$ 0,617497

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24-06-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D984.0882.A579.B691.0A01.FCC8.625E.DCRE									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	24,39	Base de Cálculo:	116,04		90,51				
Energia:	47,12	Alíquota ICMS:	22,00%						
Transmissão:	7,97	Valor do ICMS:			25,52				
Encargos:	3,90	Valor do PIS:	1,40%		1,27				
Tributos:	32,66	Valor do COFINS:	6,49%		5,87				
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DRC			PIC			DMC		DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Atualizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	NOVO ORIENTE						Período de apuração:	04/2019	R\$ 43,80

ROT: 38.750.18.24.642500

TOTAL A PAGAR - R\$

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Pedrina Soares Dias
RG nº 192.872, data de expedição 31/03/16
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 892.687-333-15
com domicílio na cidade de Valença do Piauí, no Estado de Piauí
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua R. Silva, bairro Bela Flor, nº 1262,
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
Raimundo Nanie da Conceição, cujo o condutor era
Raimundo, digo, Francisco Leite Barbosa.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 125 Fan Ano: 2007/2008
Placa: NIH-0870 Chassi: 9C2JC30708R124678
Data do Acidente: 06/05/19

Local e Data: Valença do Piauí - PI, 02 de julho de 2019

Pedrina Soares Dias
Assinatura do Declarante



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 Europeia Marechal, 360 - Centro - Valença do Piauí - PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3455-1171

RECEBEMOS, POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: PEDRINA SOARES DIAS, DOU FE.
DE TEST. DA VERDADE, VALÊNCIA DO PIAUÍ-PI, 11/07/2019.
Ela é filha de _____ e _____, nascida em _____, inscrita no CPF nº _____, RG nº _____, residente e domiciliada em _____, Valença do Piauí - PI, CEP: _____, Fone: _____.

Ana Cláudia Melo Lopes (Carreira) - Advogada - OAB/PI nº _____

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.212-470
Teresina - PI

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

Assinatura
*Fuquimachi***BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 09/05/2019 13:33:52

Usuário: LUIZ ALENCAR

Estação: CONSULPASS

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário: 510635	
Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO		Pai: ADAD BORGES DE JESUS	
End.Resid.: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA N:QD F CASA05 - ZONA RURAL - VALENÇA DO PIAUI - PI - CEP:			
Nascimento: 09/08/1953	Idade: 65a9m0d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99913-5924
Responsável: ALESSANDRA-NORA		CNS: 2071999218990009	
Profissão: LAVRADORA		Documento: RG: 1988575 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720850	Entrada: 09/05/2019 12:32:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Cias. Risco:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE MOTO COM MOTO, HÁ 3 DIAS, REFERE EPISÓDIO DE DESMAIO, VÔMITOS, EPISTAXE.

A. UIAS AERIAS PERVIAS

B. MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:75.BPM ,SAT O2:98%, FR:18 IRPM.

CNS: RR, ZT, RN, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D. ELARGCOM 18 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.

E. EQUINOSE PERIORBITARIA ESQUERDA.

Exames Complementares:

Exames Complementares:

12128481 - ANGIO TC DE CRANIO

12128491 - T.C. DE FACE

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**Dra. Aurine Rêgo**
MÉDICA
CRM-PI: 7345**Prescrição Médica:**EXAME: _____
DATA: _____

Do:

TERESINA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

THF às 14:37 09/05/19

Paciente vítima de acidente motociclístico / Quilado /
a sucina ilíaca apresenta deformação em S, com
fóssos / limitação de extensão, com a
preensão / motricidade e sensibilidade normal.
A linha de unguem apresenta fratura em porção
posterior, de sua base - E

- sem comprometimento

- Parado lateral de direita, sem comprometimento
co: Alta da BMF

Tortamento Comunicação

Dra. Marisa Dantas
Esp. Clínica e Traumatologia
Buc-Mento-Facial
CRO 4024 PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS

SUS



Dr. Fone 116V

07827118

Carimbo do Estabelecimento Solicitante

09/08/2019

09/08/2019

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta	
Especialidade	Nº Cartão SUS
<i>Ortopedia</i>	<i>207179921890009</i>
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)	
<i>Raimunda Moura de Lencastre</i>	
Nascimento	Idade
<i>09/02/53</i>	<i>65</i>
Sexo ☐ Masc ☒ Fem	
RG / CPF	
Nome da Mãe	
<i>Maria Raimunda de Lencastre</i>	
CEP	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
<i>Rua José de Sousa Lencastre</i>	
Bairro	Complemento
Município	UF
<i>Valença do Piauí</i>	<i>PI</i>
Fones	
Dados Clínicos	
<i>Fratura da parede posterior do maxilar E</i> <i>Arco zigomaxilar E / parede lateral de orbita E</i> <i>Tratamento conservador com placa</i>	
Data	Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde
<i>09/08/19</i>	<i>[Assinatura]</i>
Dados do Agendamento	
Local do Atendimento	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
Nome do Profissional de Saúde	
Data e Hora do Comparecimento	
Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	

CASO USUÁRIO

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05-AGO-2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Formulário II / 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pinto 1820 - Redenção - Fone: 36 4218 9441
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 09.122.917/0002-12

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO** (Prontuário: 510635)
Endereço: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA N.º 05 - ZONA RURAL - VALENCA DO PIAUI - PI CEP: 64300-000
Nascimento: 09/08/1953 Idade: 65a9m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720850
Requisição: 952152 Solicitação: 09/05/2019 Solicitante: LUIZ ANTONIO DE ALENCAR
Controle: 1212918 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SiA: 0206010079

Data Exame: 09/05/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO RESIDUAL LOCALIZADA NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 09/05/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Escritório: Responsável



HOSPITAL EUSTAQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

AV. SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564/001100
FONE (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

Atendimento: P0246767
Data: 15/05/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 64891
Hora: 08:07:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 11

SUS
CPF: 868.170.003-00 - RG: 1988375 - SUS: 2071999218900
Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Nome: MARIA DA CONCEICAO
Idade: 65 ANOS, 9 MESES, 6 DIAS Profissão:
Endereço: RUA ALEXANDRE DE SOUSA, 5 - Q-F Bairro: VALENCINHA
Telefone: (89) 9908-9032 Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO
Situação: GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI
Pai: ADAO BORGES DE JESUS

Procedimentos

Atendimento de URGÊNCIA

Atendimento de URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
SOLICITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Atendimento: Anamnese/Exame físico:

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Passagem de Zigom...

Exame Provável:

Exame Médico: *sem dor...*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Hora: 08:16:14

Classificação de Risco

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

Assinatura de EXAME

Medicação Usual:

TAX: 0%
Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm
Peso: 0 kg

SAT O2: 0
ECG: 0

Dor:

Assinatura de Enfermeiro
COREN-PI 245.114

295179 - ROSANNA RAFAELA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Hora:

Situação: ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

B AntonioBomfim

Data de Assin: 15/05/2019
Hora de Assin: 15:05:44

RAMULDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo Feminino
Idade 65 Anos

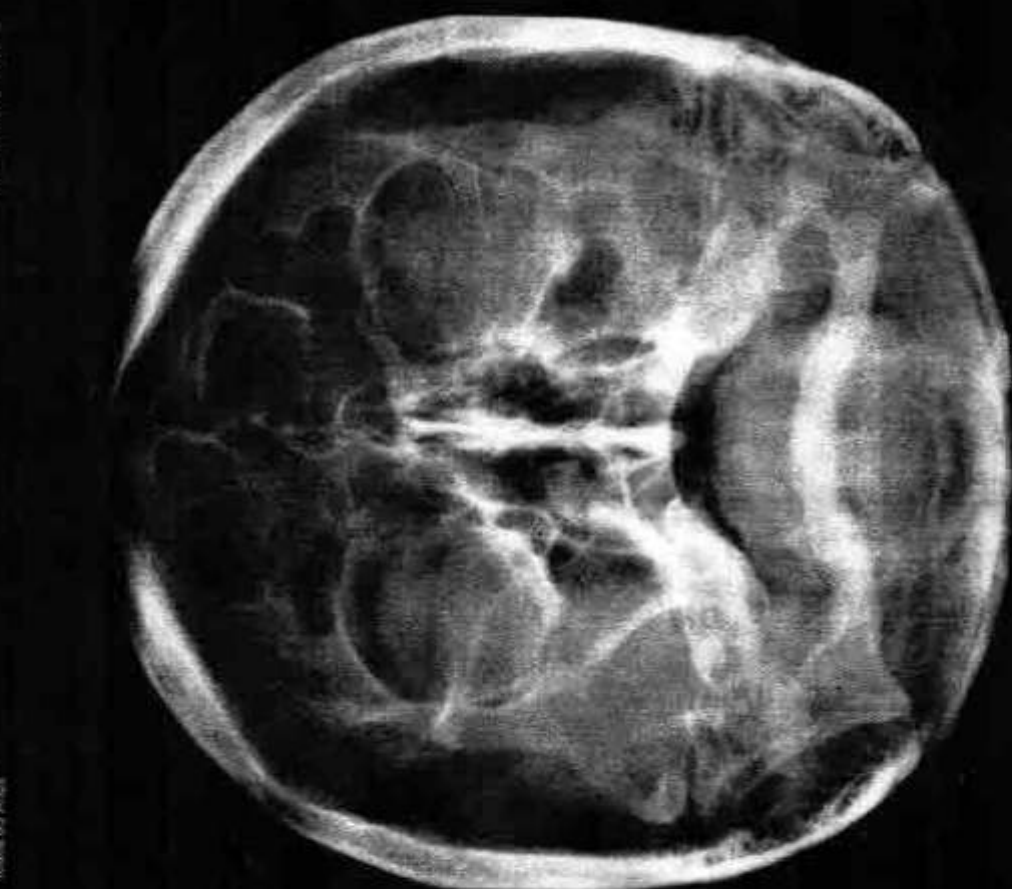
Data de Assin: 25/2019
Hora de Assin: 15:06:42

DEPARTAMENTOS DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VER

05 AGO 2019

GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende
Centro-Norte CEP: 64
Teresina-P

RAMULDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo Feminino
Idade 65 Anos



Exame Não Especificado
Indice de exp: 2019

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino
Idade: 65 Anos

Data de aquis.: 20/08/2019
Hora de aquis.: 07:00



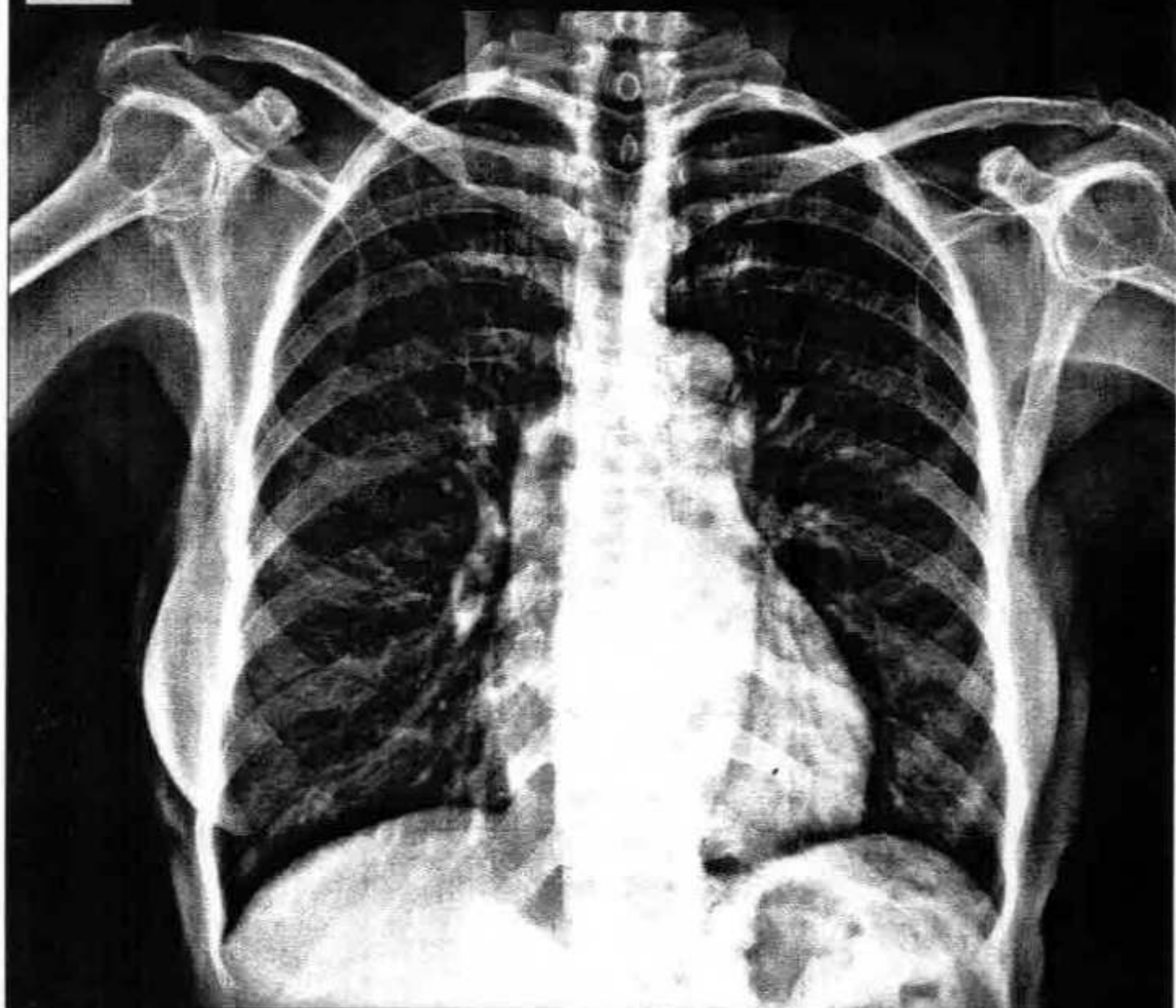
Exame: NÃO_ESPECIFICADO
Índice de exp 2093
Méd. Solic: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino
Idade: 65 Anos

Data de aquis.: 20/5/2012
Hora de aquis.: 07:40

Dir.



Exame: NÃO_ESPECIFICADO
Índice de exp.: 2283
Méd. Solic.: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Idade: 65a 9m 10d
Data: 20/05/2019
Solicitante: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV
Convênio: PARTICULAR
Código: 22130

RX TÓRAX PA E PERFIL (02 INC.)

RELATÓRIO:

- Parênquima pulmonar com transparência conservada.
- Hilos e trama vascular pulmonar normal.
- Cúpula e seios costo-frênico livres.
- Área cardíaca com dimensões preservadas.
- Textura óssea reduzida.
- Fraturas no 4° e 5° arcos costais à esquerda.
- Osteófitos marginais nos corpos vertebrais torácicos.



IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Fraturas no 4° e 5° arcos costais à esquerda.
- 3- Espondilose torácica.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Idade: 65a 8m 27d
Data: 07/05/2019
Solicitante: LUCIANO SILVA CORTEZ
Convênio: PARTICULAR
Código: 22130

RX SEIOS DA FACE (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura no osso zigomático esquerdo.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Transparência conservada dos seios da face.

Razen Angelacia



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



BME às 14:37 09/03/19.

Paciente vítima de acidente motociclístico / orientado!
O exame físico apresenta laceração em lábio superior e
lábio inferior / limitação de abertura bucal, dor a
palpação / motricidade e sensibilidade normal.
No exame de maxila apresenta fratura em parte
posterior do arco maxilar - E
- arco zigomático
- Parede lateral de órbita E, sem deslocação
co. Alta da BME

Tortamento consensual

Dra. Marisa Dantas
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CBO 4024 - PI

Informações Gerais

-  Paciente: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO - 207199921890009 - 09/08/1953 (66 anos), Valença do Piauí. Mãe MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO
-  Class. Risco: Emergencia

VISÃO GERAL

MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante

HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

VISUALIZAR SENHA (/internacoes/113401/visualizar_senha)

Observação Solicitante

EMANUELA ALVES DE ARAÚJO em 08/05/2019 17:58

Observação Executante

FRACIANE DO ADMINISTRATIVO

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Bucomaxilofacial

CIDs

Fratura do assoalho orbital

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC), APRESENTANDO :CEFALÉIA EM CAPACETE, VÔMITOS INCOERCÍVEIS, EDEMA+++/4+ HEMIFACE ESQUERDA, DESORIENTADA, VISÃO OLHO ESQUERDO REDUZIDA, DISFAGIA ODONTOFAGIA, GLASGOW 13. SOLICITADO RX DE FACE: FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO DE HEMIFACE ESQUERDA. Visualizar mudanças (/internacoes/113401/mudanca)

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 100

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 140X70

Observações

Ações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
08/05/2019 17:58	EMANUELA ALVES DE ARAÚJO - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
08/05/2019 14:31	Ramires Mesquita da Silva - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina : RUT - 72847613191986
08/05/2019 14:10	Usuário Padrão	Regulada	Regulado via Central de Regulação Municipal por ARAO CRUZ MENDES às 08/05/2019 14:00. Autorização de número: 613191986
08/05/2019 13:59	Carlos Alberto Rocha - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
08/05/2019 13:59	Carlos Alberto Rocha - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
08/05/2019 13:30	HELDER MARTINS - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



Centro de Esclarecimento do Paciente

Rua Dr. Celso Tinoco, 1120
Fam. 20 - Cuiabá - 64.017-770
Tel. 3331-1111

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade		Nº Ca.100 SUS	
Ginecologia		20719921890019	
Nome do Paciente (preenchido pelo usuário)			
Kamunilda Ribeiro da Conceição			
Nascimento	Idade	Sexo	RG/CPF
09/08/53	65	F	
Nome da Mãe		CEP	
Mariane Ramalho da Conceição			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Rua José de Sousa Macedo			
Bairro		Complemento	
Município		UF	
Valença do Piauí		PI	
Sinais Clínicos			
Exatidão de pulso anterior do seu membro direito hipertrofiado e/ou lateral de pulso. E			
tratamento com vasodilatadores.			
Data: 09/05/19		Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde	
Dados do Agendamento			
Local do Atendimento			
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Data e Hora do Comparadimento		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	

CASO USUÁRIO,

Compareça a Unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

Esta consulta é paga pelo SUS. É proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

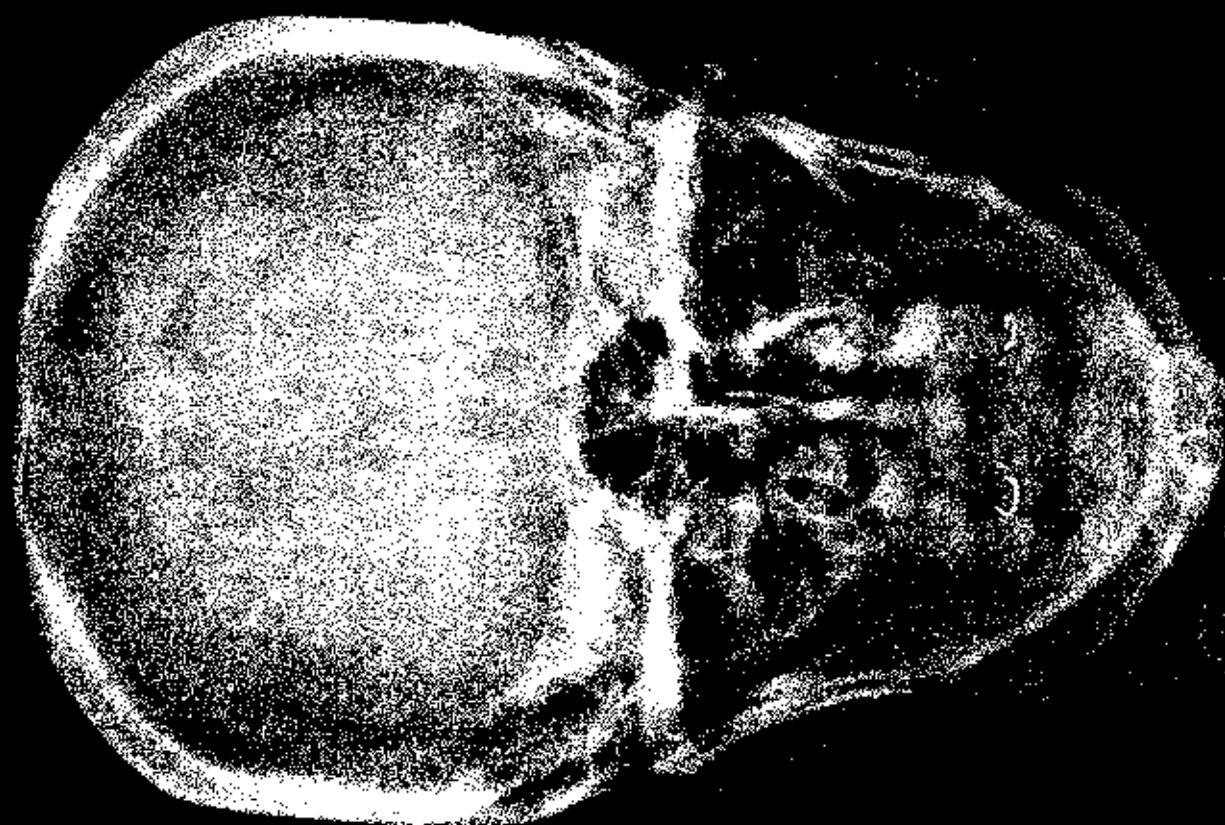
Formulário II / 2017

DOIS DE ARABES 15 15 15
 FOLIO DE ARABES 15 15 15

RAMILHA MARIANA COMPOSTO
 N.º 1000000
 L.º 1000000

DOIS DE ARABES 15 15 15
 FOLIO DE ARABES 15 15 15

RAMILHA MARIANA COMPOSTO
 N.º 1000000
 L.º 1000000



DOIS DE ARABES 15 15 15
 FOLIO DE ARABES 15 15 15

RAMILHA MARIANA COMPOSTO
 N.º 1000000
 L.º 1000000

DOIS DE ARABES 15 15 15
 FOLIO DE ARABES 15 15 15

RAMILHA MARIANA COMPOSTO
 N.º 1000000
 L.º 1000000

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino
Idade: 65 Anos

Data de aquis.: 20/11/2007
Hora de aquis.: 07:10

Dir.



Exame: NÃO ESPECIFICADO

Índice de exp: 2283

Méd. Solic: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA

RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO
Sexo: Feminino
Idade: 65 Anos

Data de aquis.: 20/5/2003
Hora de aquis.: 07:50



Exame NÃO ESPECIFICADO
Índice de exp: 2093
Méd. Solic: HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIV

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA -

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 05553564001100

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

HREPI - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0246767

Data: 15/05/2019

Funcionário: ELDER

Registro: 64891

Hora: 08:07:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

SUS

Senha 11

RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Nasc.: 09/05/1953 Idade: 65 ANOS, 9 MESES, 6 DIAS Profissão:

Fil.: JOSE LACERDA DE SOUSA, S - Q-F

Bairro: VALENCINHA

Cep.: 64300-000 Telefone: (89) 9908-9032

Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO

Civ.: CASADO(A) CEP: 64300-

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: ADAO BORGES DE JESUS

Clínica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA****Procedimentos**

Atendimento de URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Partida de zigom...

Urgência provável:

Prescrição Médica:

*Presc. Dor...***Ativações da Classificação de Risco**

Hora: 08:16:14

Prioridade:

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

Ocorrência/História: LEITURA DE EXAME

Atendimento:

Medicação Usual:

At.: 1000 mg

TAX: 0%

FR: 0 ml

SAT 02: 0

Dor:

At.: 1000 mg

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Obs.: Nenhuma.

Conduta: ELC. MÉDICO GERAL

*Rosanna Rafena
Enfermeira
COREN-PI 205 119*295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Status da Alta:

Leito

☐ Óbito☐ Evasão☐ Transferência

Destino:

Hora:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ata
F. Comatelo

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO		Imp: 09/05/2019 13:32:57	
Mãe: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO		Prontuário: 51063	
End. Resid.: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA N:QD F CASA05 - ZONA RURAL - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP:		Fai: ADAO BORGES DE JESUS	
Nascimento: 09/08/1953	Idade: 65a9m0d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98913-9924
Responsável: ALESSANDRA-NORA	CNS: 207199921890009		
Profissão: LAVRADORA	Documento: RG: 1988575 - SSPPI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720850	Entrada: 09/05/2019 12:32:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV:	(Hora: :)			
Peso: 0,60 Kg	Altura: 0,60 m	IMC: 0,00 kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE MOTO COM MOTO, HÁ 3 DIAS, REFERE EPISÓDIO DE DESMAIO, VÔMITOS, EPISTAXE.
AS VIAS AERIAS PERVIAS
R. MORMEIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 75.BPM, SAT O2: 96%, FR 18 IRPM.
CRAO: RR, 20, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A
DISCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.
DIÁFAGMO 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE.
F. EQUIMOSE PERIORBITÁRIA ESQUERDA.

IC: 15/100 unicos
Im ambt nora

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:
(212849) - ANGIO TC DE CRANIO
(1212849) - T.C. DE FACE

HUT DR. ZENON NOCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DR. Aurélio Nogueira
MÉDICO
CRM-PI: 7565

Prescrição Médica:

EXAME: **C-70000 10-4-20**
DATA: **09/05/2019**
Paciente: **RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO**
Tecnologia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / / HORA: :



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3218 5445

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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO** (Prontuário: 510635)
Endereço: RUA JOSE DE SOUSA LACERDA N: QD F CASA 05 - ZONA RURAL - VALENCA DO PIAUI - PI CEP: 64300-000
Nascimento: 09/08/1953 Idade: 65a9m0d Sexo: Feminino v Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720850
Requisição: 952152 Solicitação: 09/05/2019 Solicitante: LUIZ ANTONIO DE ALENCAR
Controle: 1212918 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/05/201

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO RESIDUAL LOCALIZADA NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

RLJ S CEZAR;

TERESINA - PI 09/05/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável