

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700505 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700505 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Maria Ferreira de Jesus Silva
RG: 638890 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 921.984.653-53
NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Enferm. Rural
ENDEREÇO: Localidade: Barras do Curral N°: SIN
BAIRRO: Zona Rural CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: E. Veloso - Piau
TELEFONE: (86) 99999-3007 (86) 99981-6008 (86) 99948-1744

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO N° 244
BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: Maria Ferreira de Jesus Silva
CPF: 921.984.653-53 DATA DO ACIDENTE: 01/10/2018
COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS ☐ MORTE

Elesbão Veloso - Piau - Pi 10.12.2019
local e data

Maria Ferreira de Jesus Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO OFÍCIO ÚNICO

JOÃO BATISTA NUNES DE SOUSA - Tabelião
CNPJ: 30.463.018/0001-81 - CNS: 07.798-6

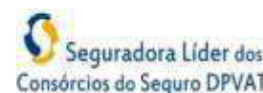
RUA FRANCISCO LEITE PEREIRA, 26, CENTRO, CEP: 64325-000, ELESBAO VELOSO

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA, DOU FÉ, EM TEST. 01 DA VERDADE, ELESBAO VELOSO-PI 10/12/2019 Selo: ABU-28899 (001)

Geanne Gleysson Vieira Santos VIEIRA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452069/19

Vítima: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

CPF: 921.984.653-53

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/10/2018

Titular do CPF: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA : 921.984.653-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 16/12/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700505

Vítima: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700505

Vítima: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 001

Agência: 000000788-9

Conta: 000010019225-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer 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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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:

924.984.653-53 Maria Ferreira de Jesus

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

5 - Nome completo:

Maria Ferreira de Jesus

6 - CPF:

924.984.653-53

7 - Profissão:

Trab. Rural

8 - Endereço:

Localidade: Bairro do Rural

9 - Número:

517

10 - Complemento:

Zona Rural

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Colônia Velosa

13 - Estado:

Pernambuco

14 - CEP:

64.325-000

15 - E-mail:

Reuscar-se

16 - Tel. (DDD):

(85) 99981.6008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: 0788

9

CONTA: 19.225

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 o dono, 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 de indenização 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 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, §1º, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ 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(s) (se houver)?

☐ 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, E. Veloso - PE 12.12.2019

Maria Ferreira de Jesus Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000472/2018-38

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 20/11/2018 - 11:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

OUTROS

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

LOCALIDADE BAIXA DO CURAL, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/10/2018 - 15:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA FERREIRA DE JESUS FILHO

RG: 21638890

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Mãe: ALDENORA DE JESUS DA CONCEIÇÃO

Pai: GONÇALO FERREIRA DE JESUS

Endereço: LOCALIDADE BAIXA DO CURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ELESBÃO VELOSO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150

Ano: Placa: Chassi:

2008 NHY7030 9C2KC08608RDO5113

Renavam:

00941807045

Cor:

Vermelha

Condutor: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

RG: 1638890 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE BAIXA DO CURAL Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: RAIMUNDO ALVES REIS

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA, E TEVE A SEGUINTE DINÂMICA A DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA DA BAIXA DO CURRAL ZONA RURAL DE ELESBÃO VELOSO EM DIREÇÃO A CIDADE ELESBÃO VELOSO, FOI QUANDO DESEQUILIBROU E CAIU NO LOCAL, FOI QUANDO FOI SOCORRIDA PELO SENHOR PAULO FRANÇA E LEVADA ATE O HOSPITAL DESTA CIDADE, QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DE POLICIA MILITAR NA CIDADE DE TERESINA, ONDE FOI FEITO RAIO-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO ESQUERDA. ERA QUE TINHA DE DECLARA.

Daniel De Carvalho Silva - Mat. 3112900
AGENTE DE POLICIA

*Maria Ferreira de Jesus Silva
MARIA FERREIRA DE JESUS FILHO - Notificante
Responsável pela Informação



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

1352 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000472/2018-38

Delegado de Polícia

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:

924.984.653-53 Maria Ferreira de Jesus

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

5 - Nome completo:

Maria Ferreira de Jesus

6 - CPF:

924.984.653-53

7 - Profissão:

Trab. Rural

8 - Endereço:

Localidade: Bairro do Rural

9 - Número:

517

10 - Complemento:

Zona Rural

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Colônia Velosa

13 - Estado:

Pernambuco

14 - CEP:

64.325-000

15 - E-mail:

Reuscar-se

16 - Tel. (DDD):

(85) 99981.6008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: 0788

9

CONTA: 19.225

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 o dono, 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 de indenização 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 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, §1º, 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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(s) (se houver)?

☐ 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, E. Veloso - PE 12.12.2019

Maria Ferreira de Jesus Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010019225-4

Nr. da Autenticação 36689C1D08F0F2FE

Novo Oriente Energia

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia EMR-010 - 5014-B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI/08

Para contato
com o SAC, ligue
0800 00 00 00

SEU CÓDIGO

0925590-7

Nº da Nota Fiscal 28544692

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

DATA DE VENCIMENTO
OUTUBRO/2019 21/10/2019

CONSUMO (kWh) 127 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 85,65

MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA
LC BAIXA DO CERRADO - B RURAL
CPF: 00092198465353
CEP: 64.325-000 - ELÉSBEO VELOSO

ROT: 31.690 11.81.058800

DADOS DA LEITURA

Atual: 14137
Anterior: 14010
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 127
Consumo Faturado: 127

Atual: 14/10/2019
Anterior: 12/09/2019
Próxima Leitura: 13/11/2019
Emissão: 11/10/2019
Apresentação: 14/10/2019
Dias de Consumo: 32

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Integridade: FCAH

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: Ligação: Número Medidor: Poste: Código Fat.: Média 12 meses

RESID. EX. RENDA MONU A800647 1.4.1.1 99

Mês/ano consumo		DESCRIÇÃO DA CONTA	
SEI/19	121	CONSUMO	30 A R\$ 0,300719 = 9,02
AGO/19	100		70 A R\$ 0,515516 = 36,08
JUL/19	95		27 A R\$ 0,773261 = 20,87
JUN/19	97	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,68
MAI/19	132	DIFERENÇA DE TARIFA	43,14
ABR/19	135	SUBVENCAO BAIXA RENDA	31,00
MAR/19	80	CORRECAO MONETARIA IQ 04/19-00	0,10
FEV/19	85	MULTA POR ATRASO 00/19-00	1,49
JAN/19	77	MULTA POR ATRASO 00-19-00	0,10
DEZ/18	84	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,47
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,65

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 11/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	22,94	Base do Cálculo:	109,11	Alíquota ICMS:	85,11
Energia:	44,11	Valor do ICMS:	22,00%	Valor do PIS:	24,00
Transmissão:	7,49	Valor do COFINS:	1,40%		1,19
Encargos:	2,66				
Tributos:	30,71				
		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
		DIC	FIC		
		7,27	14,53	29,06	3,68
		7,35	14,70	4,14	
Conjunto		0,00	0,00	0,00	
NOVO ORIENTE		Período de apuração:		03/2019	

TIM S.A.
Rua Lisandra Naguelha, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0004-08 - I.E.: 154445885
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 146,19

VENCIMENTO

25/11/2019

EMIÇÃO: 07/11/2019

POSTAGEM: 13/11/2019

FATURA: 4053567568

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/OUT A 06/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
 Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
 CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,68
 COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,52

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (067/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/10 a 06/11	199,99
Subtotal	-	-	5/12	31	07/10 a 06/11	-60,00
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	227m30s	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.aprmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

BAPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,72	Informações Complementares - Planos(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
ICMS	30%	R\$ 107,52	R\$ 32,26	FUNTEL:	R\$ 0,16	Incluído no(s) Plano(s)
PSICOFINS - Serviços Telecom	3,65%					Franchise(s)
PSICOFINS - Serviços Não Telecom	3,25%					SVA
Em atendimento à Lei 12.741/2012						Desconto(s) Franchise(s)
As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas						Desconto(s) SVA

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
NOV/2019

DATA DE EMISSÃO
07/11/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/11/2019

VALOR
R\$ 146,19

VIA BANCO

84650000001 - 9

46190109011 - 2

00405356756 - 8

80121536776 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurdoralider.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 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-06

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: 0800-021-91-95

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.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, TFM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Ferreira de Jesus Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 921.984.653 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da vítima Maria Ferreira de Jesus Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 921.984.653 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Zete de Setembro</u>		Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Esmeraldas</u>	Estado: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64.325-000</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(86)99981-6008</u>

Local e Data: Esmeraldas - Piauí - Pi 12.12.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
Moria Ferreira de Jesus Silva		42	
ENDEREÇO:	CIDADE		UF
Rua Baixa dos Curral	E. Veloso		PI
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
Conrado Ferreira de Jesus			
NOME DA MÃE:			
Cildemara de Jesus da Conceição			
DADOS CLÍNICOS			
Paciente queixado de dor no 01/10/18. Trauma no membro Esquerdo. CID V272 02/10/18			
DIAGNÓSTICO			
DATA 01/10/18	 ASS. CARIMBO DO MÉDICO		

CONFERE COM O ORIGINAL

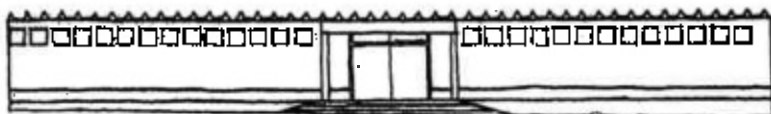


FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade	Data Nasç.	Cartão SUS
Maria Ferreira de Jesus	42	01-12-75	703.2016.17689197
Endereço:	Bairro	Cidade	
Rua Boa Vista do Curral	Zona Rural	E. Veloso	
Data do Atendimento	Hora	Tipo	
01-10-18	15:50	☐ Urgência ☐ Emergência ☐ Outros	
Exame físico: Sinais Vitais	Telefone do Paciente: 9482.4274		
PA: ___/___ mmHg FC: ___ R: ___	GLASGOW: 94306268 Carmem		
Glicemia Capilar: ___ Saturação O: ___	99579690 Lucia		
Histórico Clínico:			
Atendimento: 01/10/18: Contato com registros de 25/11/17: Agradado vaga.			
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem	
		As 15:50h Pte. deu entrada vítima de queda de moto consciente, orientado supino, fôlego, agitado. Apresenta escoriações no joelho E, no membro superior + edema no joelho + má Relata dor no local.	
Destino Paciente: Data: ___/___/___ Hora: ___			
() Internação () Transferência () Sala de Observação () Óbito ___/___/___ Hora: ___ () Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE <i>HEMM</i>	PARA A UNIDADE = <i>H PM</i> <i>201801002094227</i>
PACIENTE <i>Maria Ferreira de Jesus Silva</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>fratura em 4º metacarpo após queda de moto, fechada.</i>	
DATA ____/____/____	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	<i>Las - Angela V. S. Almeida Res. 1ª TEN PM</i> RGPM 106198193-2; Mat. 14495-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico
DATA ____/____/____	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.



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



Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fe

Em 28/11/18

Setor de Arquivo Técnico
Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM-PI
RG: 105198193-2 Matr 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Mauro Ferreira de Jesus Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

415837/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria do Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES
2323451

4 - CNES
2323451

Atendimento
790281

Identificação do Paciente

5 - Nome: **MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA**

6 - Prontuário: **415837**

7 - CNS: **703201617689197** B - Nascimento: **01/12/1975** 9 - Sexo: **F** CPF: **86-9.94824274 / 994306088**

11 - Mãe: **ALDENOURA DE JESUS DA CONCEICAO** 12 - Fone: **86-9.94824274 / 994306088**

13 - Resp: **CARMEN LUCIA DE JESUS REIS** 14 - Cor: **PARDA**

15 - Endere: **LOC BAIXA DO CURRAL** 17 - Cod. IBGE: **220360** 18 - UF: **PI** RG: **16388-90**

16 - Munic: **ELESBAO VELOSO**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Acidente motorcyclista
trauma no membro superior direito*

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193/2 Matr. 14405-9
Data: 05/10/2018 Ass. Carimbo

21 - Condições que justificam a Internação:

*Fra. do mto sup. - Fratura com deslocamento
4 metacarpais*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Fr. e deslocamento do 4º metacarpo

23 - Diagnostico Inicial: **DEDO(S) DO PE EM MALHO (ADQUIRIDO)**

24 - Cid Princ.: **M204** 25 - Cid Sec.: **_____** 26 - Cid C.Ass.: **_____**

Procedimento Solicitado

27 - Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)**

28 - Cod. Proced.: **0408060573**

29 - Clínica: **POSTO II** 30 - Carater.: **02** Ident.: **1** 31 - Documento: **CPF 16778699841**

32 - Doc. Med. Solic.: **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente: **LEANDRO PONCE LEAL**

34 - Data de Solicitação: **05/10/2018**

35 - Ass. Carimbo, Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito, 37 - () Acidente de Trabalho Típico, 38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora: **_____** 40 - CNPJ Empresa: **_____**

41 - Nº. Bilhete: **_____** 42 - Nº. CNAE, Empresa: **_____**

43 - CNAE, Empresa: **_____** 44 - CBOR: **_____**

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador: **_____** 47 - Data Autorização: **11/10/18**

48 - Documento: **_____** 49 - Num. Documento: **_____**

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho): **_____**

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

x Carmen Lucia de Jesus Reis

Usuário: **LUCIA SILVA**
Consulta Local:
Consulta SUS: **201801002074227**
Impressão: **6:18:34**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

703201617689197 MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO

01/12/1975 F 415837

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

1638890 86994824274 ALDENOURA DE JESUS DA CONCEICAO

RESPONSAVEL

CARMEN LUCIA DE JESUS REIS

CEP

64325000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

0

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

ELESBAO VELOSO

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO METACARPO SEM DESVIO DO 4º METACARPO. OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S623 - FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

CID 10
SECUNDÁRIOCID 10 CAUSAS
ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

Luis Henrique Pinheiro Reis - TENPM
RPPH 01/01/2018
Cidade - São do Aquino Tereza

CARATER

URGENCIA

DATA
SOLICITAÇÃO

05/10/2018

DANIEL ROCHA E SILVA MODESTO

CPF: 03794152328

CRM:

DATA ADMISSÃO

05/10/2018 06:11

DATA ALTA

06/10/2018 10:22

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPI

SEGURADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE CNPI DA
EMPRESACNAE
EMPRESACBOR NATUREZA DA
LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA
CPF: 07930400363 CRM:DATA ANÁLISE: 16/10/2018
15:24:20NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE
AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (Ain)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

790281

Identificação do Paciente

5 - Nome: **MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA**

6 - Prontuário: **415837**

7 - CNS: **703201617689197**

8 - Nascimento: **01/12/1976**

9 - Sexo: **F**

CPF:

11 - Mãe: **ALDENOURA DE JESUS DA CONCEICAO**

12 - Fone: **86-9.94824274 / 994306088**

13 - Resp: **CARMEN LUCIA DE JESUS REIS**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Endere: **LOC BAIXA DO CURRAL**

D

RURAL

19 - CEP: **64325-000**

16 - Munic: **ELESBAO VELOSO**

17 - Cod. IBGE: **220350**

18 - UF: **PI**

RG: **16388-90**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Deformidade no dedo da mão esquerda na mão esquerda

Luis Henrique Vasconcelos Reis 11/10/2018 10:10 PM
RGPM 106198193-21 Mai 4496-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

21 - Condições que justificam a internação:

Deformidade no dedo da mão esquerda na mão esquerda

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Exame físico e Rx

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **M204**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

DEDO(S) DO PE EM MALHO (ADQUIRIDO)

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408060573 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)

Tempo SUS

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater: **02**

Ident: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic. **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

05/10/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

46 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: **LUCIA SILVA**

Consulta Local:

Consulta SUS: **201801002074227**

Impressão: **6:18:34**

Carmen Lucia de Jesus Reis



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

05/10/2018

Nome: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Pront.: 415837

Nasc.: 01/12/1975 Sexo: F

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 790281

Enfermaria: POSTO II

ENF 208 LEITO

Leito: 208

Pai: GONCALO FERREIRA DE JESUS

Mãe: ALDENOURA DE JESUS DA CONCEICAO

RG: 1838890

Residência:

LOC BAIXA DO CURRAL

Nr.: 0

Cep: 64325000

Bairro: RURAL

Cidade: ELESBAO VELOSO

Telefone: 86 - 894824274

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Exame físico normal
Exame de urina normal
Exame de sangue normal*

Luis Henrique V. Conceição Res. 11 TEN PM
RGPM 005198123-27 Mai 14495-8
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Exat da mãe Gugu

CID M204

Principal:

CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Doença de deficiência

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Tratamento com medicamento

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
05/10/2018 06:02:34

Data da Alta:

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC, 035.372-8

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE***"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"***Nº ORDEM.....: 122430****NOME.....: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA****MÉDICO SOLIC:****DATA LAUDO...: 14/10/2018****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 05/10/2018****IDADE: 42 anos****CRM: -PI****CÓDIGO: 39087****RX MAO ESQUERDA**

O estudo radiológico da mão esquerda realizado nas incidências em AP e oblíqua demonstra:

- Presença de fratura oblíqua no 4º metacarpo.
- Espaços e superfícies articulares preservados.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Fratura na mão esquerda.****IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**
**Luis Henrique dos Anjos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-27 Mai 14495-6
Chefe do Setor do Arquivo Técnico**

**Ass: Sérgio Cunha, 1642 - Ilhéus - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.158/0002-26**

**Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520**

ID: 122437

Paciente: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Idade: 042Y

Sexo: F

HPM

D
ROT. INTERNA



D
ROT. EXTERNA

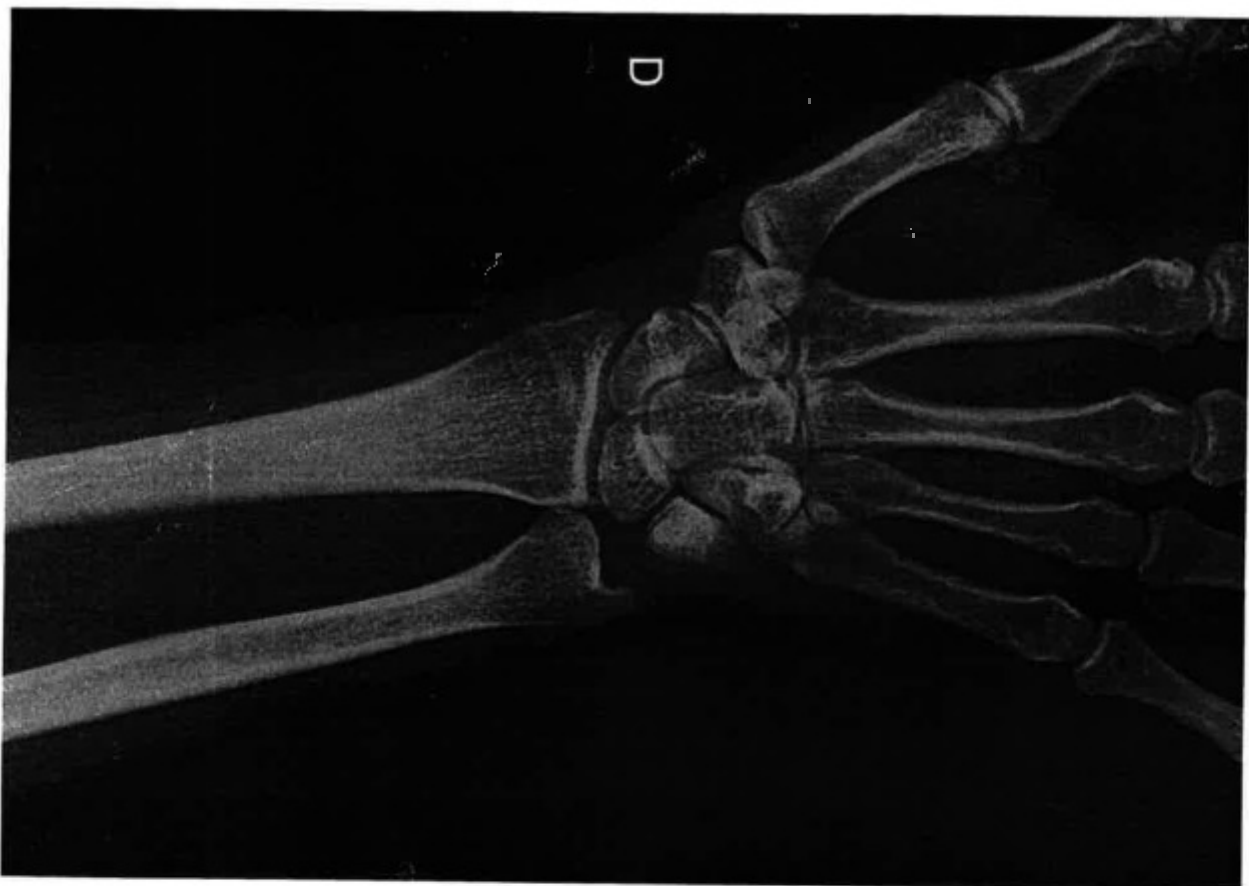


Idade: 042Y

Paciente: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Sexo: F

HPM





Idade: 12/12/20

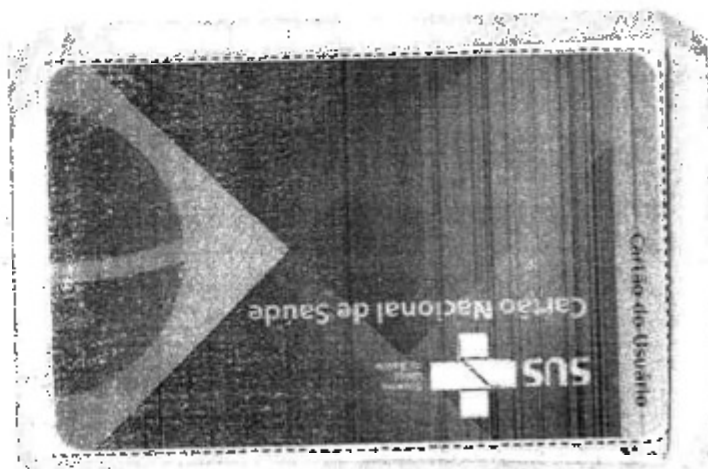
Paciente: MARIA FERREIRA DE JESUS SILVA

Idade: 045Y

Sexo: F

HPM





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PI

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG 1651371 SSP PI

CPF 848.394.433-03 DATA DO NASCIMENTO 20/07/1977

ENDEREÇO JOSE MISSIAS DA SILVA MARIA CARMELOTTA DE SOUSA

PERMISSÃO ACC CETERAS

PRESENCIA 06983294635 UNIDADE 03/01/2018 EXPIRACÃO 04/01/2018

OBSERVAÇÕES

Assinatura de Sousa Silva

ASSINATURA DE PORTADOR

LOCAL TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO 04/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR 56044086122 F131837030

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554703040

PROBANDO PLASTIFICAR 1554703040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012508163246
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	002418000000	EXERCÍCIO	2017
RENAVAM	45079340363	CHASSI	9C2KC0860BR005113
PLACA ANT / UR	45079340363	PLACA	NHY 7030
ESPECIE / TIPO	PASSEIO	COMBUSTÍVEL	GLC 1000
MARCA / MODELO	BMW / 116	ANO FAB.	2007
CAP / POT / CL	1600 / 105	ANO MOD.	2008
CATEGORIA	PARTICULAR	CON PREDOMINANTE	VEICULO
VENG. COTA ÚNICA	1ª	VENG. COTAS	1ª
PARCELAMENTO / COTAS	2ª	1ª	IPVA
PREMIO TARIFARIO (R\$)	000,00	PREMIO TOTAL (R\$)	000,00
IDF (R\$)	000,00	DATA DE PAGAMENTO	27/10/2017
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL	PI	DATA	27/10/2017

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

PI Nº 012508163246 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	2017	DATA EMISSÃO	27/10/2017
RENAVAM	45079340363	MARCA / MODELO	BMW 116
ANO FAB.	2007	ANO CHASSI	2008
COT. ÚNICA	09	9C2KC0860BR005113	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	000,00	DEMATRAN (R\$)	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	000,00	CUSTO DO SEGURO (R\$)	000,00
KOF (R\$)	000,00	TOTAL LEGISLAÇÃO MEDIANTE (R\$)	185,30
COTA ÚNICA	☒	PARCELADO	☐
DATA DE OUTUBRO	26/10/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CHPJ 09.941.900/0001-04
www.seguradoredadividz.com.br