

M.S.A.
 Rua Alexandre Nogueira, 1974
 CENTRO - TERESINA - PI
 CEP: 64.142-100/24-08 - I.E. 194445885
 INPI de Marca: 37.421 - 21/0005-11

TIM
BLACK

Página 1 de 1

R\$ 215,73

VENCIMENTO

25/04/2019

EMIÇÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 18/04/2019

FATURA: 375919025

CLIENTE: 10040000

CPF/CNPJ: 84530443001

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

| | |
|--------------------------------|------------|
| Serviços TIM S.A. | VALOR |
| Oferta TIM Pós C Plus | R\$ 399,90 |
| CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM | R\$ 0,00 |
| OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS | R\$ 1,17 |
| COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS | R\$ 0,00 |

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

CONDIÇÕES

| Condições que seu plano oferece | FRANQUIA | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO | VALOR |
|-------------------------------------|-----------|---------|------------|---------|---------------|------------|
| Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP) | - | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | 299,90 |
| 10 GB de Internet | 10GB | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |
| Minutos locais e DDD com 41 | Ilimitado | 109m54s | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |
| 10GB de Internet para Vídeo | - | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |
| TIM Music | - | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |
| TIM Banco Virtual | - | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |
| TIM Backup 30GB | - | - | 1 | 31 | 07/03 a 06/04 | Indefinido |

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.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

| POSTO TIM S.A. | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR | FUST | R\$ 1,01 |
|---------------------------------|----------|-----------------|-----------|------------------|----------|
| MS | 50% | R\$ 150,00 | R\$ 75,00 | FUNTEL: R\$ 0,50 | |
| SICORFIS - Serviços Telecom | 3,55% | | | | |
| SICORFIS - Serviços Não Telecom | 4,65% | | | | |
| SICORFIS - Serviços Não Telecom | 9,25% | | | | |

Atendimento 01/01/2012 17/04/2012
 Contribuições ao FUST (3%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Fixado
 (Incluídos no(s) Plano(s))

| | |
|-------------------------|-----------|
| Franchising | R\$ 1,349 |
| SVA | R\$ 54,50 |
| Desconto(s) Franchising | R\$ 0,00 |
| Desconto(s) SVA | R\$ 0,00 |

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de 10% em toda a fatura. 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 | MÊS DE REFERÊNCIA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | VALOR |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|------------|
| 00000009121536776014 | ABR/2019 | 07/04/2019 | 25/04/2019 | R\$ 215,73 |

VIA BANCÁRIA

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / 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 Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?77IPD=18-CODIGO=Z9636>

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 folha de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PROVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LFI Nº2.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.391.433, 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cleiton de Sousa Moura inscrito (a) no CPF sob o nº 074.383.403, 03
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cleiton de Sousa Moura
inscrito (a) no CPF sob o nº 074.383.403, 03 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 Sete de Setembro</u> | Número: <u>244</u> | Complemento: <u>Centro</u> |
| Bairro: <u>Centro</u> | Cidade: <u>Elzevã Veloso</u> | Estado: <u>Piauí</u> |
| E-mail: <u>carladumassara@gmail.com</u> | CEP: <u>64.325-000</u> | Tel. (DDD): <u>(86) 99988-6008</u> |

Local e Data: Elzevã Veloso - Piauí - Pi 18.06.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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 9h 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, Albertina Alves Batista

RG nº 826.060, data de expedição 17/05/16

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 162.387.288-09

com domicílio na cidade de Varzea Grande, no Estado de

Piau, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Ato de dezembro nº 37

complemento urbano, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Cleyton de Sousa Moura, cujo o condutor era

Cleyton de Sousa Moura

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Biz 125 Ano: 2017/2017*

Placa: PIY-3283 Chassi: 9C2JC48304R506188

Data do Acidente: 10/06/2019

Local e Data: Varzea Grande - Piau - 12.06

Assinatura do Declarante: Albertina Alves Batista

Assinatura do Condutor: Cleyton de Sousa Moura

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

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE VARZEA GRANDE
Praça Maranhão Rodolfo da Fonseca S/N
CEP: 64.525-000
Fone: (89) 3471-1200
CARTÓRIO ÚNICO
Tabelionato de Notas, Registro
de Imóveis e Registro Civil



RECONHECIMENTO DE FIRMA
Realizado com validade a
Firma de Albertina
Alves Batista e Cleyton
de Sousa Moura
Varzea Grande, 12/06/2019


Antonio Pereira da Silva
Tabelião/Oficial Interino



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CIGERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cleiton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG. 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

2005007090200051

RAÇA/COR:

BRANCA ☐

PRETA ☒

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

José Francisco de Moura Silva

MÃE:

Maria Raimunda de Sousa Moura

ENDEREÇO:

Rua Projetada 511º Bairro Novo da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA:

20 / janeiro / 2019

HORA

2:30 hs. da manhã

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Almeida feito o exame e sorotológico 0,9% encaminhado para UPA de Oeiras-PI

Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
CPF: 150.717.663-35

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
24 JUN 2019
DPVAT

RECEITUÁRIO CONTROLADO ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Unidade de Saúde do Estado do Paraná
Hospital Regional "Tibério Nunes"
Oxirôy 1523-1333 Telefax: (0xx) 5523-1323
Idelfonso Ramos, S/N H. de São João

Assinatura do Médico

de Moura S. Junior
Procurador
PI 3671

TE: Clayton de Souza Ramos

EQO:

RQO: C. G. O. M.

C. Fentura 100mg - 10x

Tomar 01 dose 3x ao dia

ante

25/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Dep. Emissor

UF

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TETONHO FREITAS, 657,00
OIRAS NOVA, OIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P065336 Registro: 34282
Data: 20/01/2019 Hora: 05:54:00
Funcionario: SILVA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 48

SUS

CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF: - RG: 3886242 - CARTÃO DO SUS 200500708800007

Nasc.: 09/12/1996 Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS Profissão:

Civil: CEP: 64525-000

End.: RUA DE ACESSO ÀS OBRAS 960 - Bairro: JUREMINHA Cidade: VARZEA GRANDE/PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA Pai: JOSE FRANCISCO DE MOURA

Clínica: CLÍNICA MÉDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 200500708800007

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

20/01/2019 5:54 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
20/01/2019 6:21 0301010072 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, ESCORIAÇÕES EM MMII, ENCAMINHADO PARA SALA VERMELHA, SAPO2= 89% P.A= 60/30MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

20/01/2019 06:21:21

458659-FRANCISCO THYAGO SOARES

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE CONDUZIDO PELA AMBULANCIA DE VARZEA GRANDE, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, GLASGOW 9-10 ESCORIAÇÕES EM MMII, ENCAMINHADO PARA SALA VERMELHA
SAPO2= 100% COM O2 SOB CATETER NASAL
P.A= 90/60 MMHG

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9399

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2 ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS 1
SORO RINGER LACTATO 500 ML - 1 BS
1000 ML EV ABERTO
SONDA VESICAL DE DEMORA 1
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML 1 BS
EV ABERTO
DEXAMETASONA 4MG/2,5ML - 1 1 AMP
AMP + AD EV 1 AMP
TRANXAMIN - 1 AMP + AD EV 1 AMP
LENTO
CATETER NASAL CONTÍNUO 1
CATETER NASAL - 3 L/100ML 1

COMUNICAÇÃO MÉDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

Prontidão 3 amp + ad ev 06:08
EM 06:40 admitido paciente na unidade de
urgência (chegar) aguardando serba

Data: 20/01/2019 Hora: 06:30

Victor Simões
Médico
CRM-MA 9999
CRM-FI 7160

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

CLEYTON DE SOUSA MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 2012, 2013

| | | |
|--|------------------------|------------------------|
| Paciente: <u>Cleyton da Silva Moura</u> | Leito: <u> </u> | DN: <u>09/12/1996</u> |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM |
| <p>As 06:20, paciente acordado pelo toque final de varzim grande e sistema de despertar noturno eletrônico. Apresentando T.C. 36,5°C, respiração normal de nível de consciência, segue em observação em sala de enfermagem, sob monitorização contínua, realizada por enfermeiros de acordo com o protocolo de cuidados. SVP 100/54 mmHg. SPO2: 100%. PA: 123/68 mmHg. SPO2: 100%. FC: 109 bpm. FR: 19 rpm. Sinais vitais: FC: 109 bpm, SPO2: 100%, FR: 19 rpm.</p> <p>Francisco Inácio Soares Enfermeiro</p> <p>COREN-PI: 458.659</p> | | |
| <p>As 08:00 Paciente apresenta RNC, após acidente motorístico. TC 36,5°C, pulso firme, extensor em relação ao cotovelo. AVP em RMSS (funcionando). Diurese por SVD, de 100 ml. Aguardar médico para liberação de 200 ml. SPO2: 100%, FC: 109 bpm, FR: 19 rpm.</p> <p>Jamila Vitoria de Azevedo Enfermeira</p> <p>COREN-PI: 297.670</p> | | |

| | | | |
|---|---|-----------|------------------|
| Da Unidade: | UPE Gerais | Para: | URTN (Econômico) |
| Nome da Pessoa Encaminhada: | Eleyton de Jesus Almeida | Registro: | |
| Motivo do Encaminhamento: | <p>Fenômeno de 20 anos, vítima de acidente automobilístico com TC grave, RNC, fratura de fêmur; 100% RN, DA: 200180 - UG - FC - 115. Solução encaminhada.</p> | | |
| Observações: | <p>e conduta neurológica e complementares de acordo com TC de vídeo</p> | | |
| <div> <div>20/01/09</div> <div>Data</div> </div> <div> <div>Victor Silva</div> <div>Médico</div> <div>CRM-MA 9704</div> <div>Responsável pelo Encaminhamento</div> </div> | <div>OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde Unidade Mista e Hospitalar local ou regional</div> | | |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Da Unidade: | Para |
| Nome do Cliente | Registro Original |
| Diagnóstico e Orientações: | |
| Data _____ | Responsável pelo Encaminhamento _____ |

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Chelton de Souza Moura

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 22/01/2019

| M A N H Ã | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
|-----------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| | 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | |
| 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| T A R D E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| | 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | |
| | 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | |
| | 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | |
| 0309010047 | NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO | | |
| 0309010071 | NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO | | |
| 0202010473 | GLICEMIA CAPILAR | | |

| | | | |
|-----------------------|--|--|--|
| N O I T E | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | CARIMBO DO ENFERMEIRO(A) |
| | Realizado SVP realizado com o | | Francisco Thiago Soares Enfermeiro COREN - PI: 458.659 |
| | no 15. indutor, SVP, Lido com SVP, com | | |
| | atual e de procedimento de curar. | | |
| | | | |
| | 0401010023 | CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0401010015 | CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO | |
| | 0301100071 | CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA | |
| | 0301100063 | CUIDADOS COM ESTOMAS | |
| | 0309010101 | SONDAGEM ENTERAL | |
| 0301100179 | SONDAGEM GÁSTRICA | | |
| 0301100047 | CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO | | |
| 0301100055 | CATETERISMO VESICAL DE DEMORA | | |

Francisco Thiago Soares
Enfermeiro
COREN-PI: 458.659

BOLETIM DE ADMISSAO

186681 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

OUTROS - Sexo: MASCULINO - 09/12/1996 - 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA

Enfermaria: N02- NEUROCIURURGIA

Leito: N0202

Convênio: SUS

Escolaridade:ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

Médic : 3486 - CLECI/TON BRAGA TAVARES

CPF:071.383.403-03

RG: 3886242/pi

C/N:

S/S Prenatal:

Endereço: PROJETA DA 11, N° 0 - CEP: 64525-000

Bairro: MORRO DA ESPERANCA

Cidade: 2211407- VARZEA GRANDE/PI

Profissão: LAVRADOR

Telephone: (89) 9992-64668

Pai: JOSE FRANCISCO DE MOURA SILVA

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA

Responsavel: CLEYTON DE SOUSA MOURA - (89) 9992-64668 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Área de Acompanhante:

☐ Sim

Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

Curado

| | |
|--|-----------|
| | Melhorado |
|--|-----------|

| | |
|--|------------|
| | Inalterado |
|--|------------|

Piorat

Transferido

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

-48 Horas

+48 Horas

Obito

História Clínica

Diagnóstico Provável

RECEIVED
HOSPITAL RESIDENT FILING NUMBERS
FLORENCE - PADI
CONFERENCE (CIVIL) ORIGINAL
DATA 09/04/04
ASSIN

2074-1-10-10
SECRET/NOFORN
OFFICIAL USE ONLY
SECRET/NOFORN

CLECITON BRAGA TAVARES

PACIENTE: 1070188-CLEYTON DE SOUSA MOURA

ENFERMARIA: N02-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0202

ADMISSÃO: 20/01/2019

DIAS INTERNADO: 1

22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21/01/2019 - 10:07:03

Evolução Médica

10:06:04 TCE: HSAI

DESPERTO, DESORIENTADO, EGG+13.

DOR OMBRO ESQUERDO.

PARECER ORTOPEDIA

DIETA BRANDA

| | | | | |
|--|----------|----|--------|---|
| SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML | 4,00 BOL | EV | 06/06H | JA (21/01/19) (16) |
| DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML 1G INJETÁVEL | 1,00 AMP | EV | 06/06H | 20/01/19 00:00 06/06H |
| FENITOINA SODICA 5% 50MG/ML | 1,00 AMP | EV | 08/08H | FAZER 2 ML 1-4/00/00/00 20/01/19 06/06H |
| CLORID. DE RANITIDINA 50MG/2ML AMP | 1,00 AMP | EV | 08/08H | DILUIDA 1-4/00/00/00 20/01/19 06/06H |
| TENOXICAM 20MG AMP INJETÁVEL | 1,00 AMP | EV | 12/12H | 18 06/06H |
| BROMOPRIDA 10MG/2ML | 1,00 AMP | EV | 08/08H | SOS |

Harold - 4x 750 e 500/1 em 12h
SSUV 12/01/19 00:00 06/06H

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 29/04/2022
ASSIN.

1986 - ABIMAELO SOARES DA ROCHA NETO



Requisição de Parecer

| | | |
|-----------------------------------|------------------|-------|
| Nome <i>Clyton de Sousa Moura</i> | | Leito |
| Médico Consultante <i>CM</i> | N. Do Prontuário | |
| Médico Especialista <i>NCR</i> | | |

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

*paciente com TCE - HSD leve
+ HSA? melhora do nível
de consciência. Solicito avaliação
do NCR p/ prognóstico do SE.*

20/01/19

Data

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI 8835
CPF: 035.962.413-83

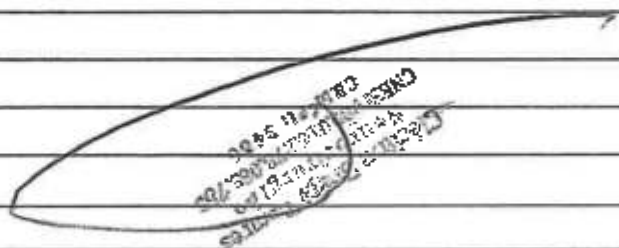
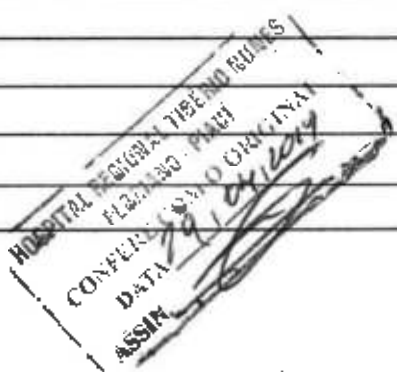
Ass. do Médico Consultante

PARECER

Dr. Aluisio G. S. Neto
20/01/19
PR

*- Por deterioração
cl: 13, 22-25-27
novo se em*

CRM-PI 8835 p/ PR



Data

Ass. do Médico Consultante



Requisição de Parecer

| | | |
|--|------------------|-------|
| Nome <u>Elayton de Sousa Moura</u> | | Leito |
| Médico Consultante <u>[assinatura]</u> | N. Do Prontuário | |
| Médico Especialista <u>[assinatura]</u> | | |

Motivo da consulta (Indicar as Dúvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

TCE, subcisternas - com SGA 1000g, 20h
menor.

20.1.14

Data

Ass. do Médico Consultante

Marcio Ribeiro dos Reis
Médico
CRM-PI 2984

PARECER

ECG 10 (D:2, V:2, IIIA:6) (batido atálico)

pupilo isocóricas

TC de crânio: HSD lamina D

HSA 4?

TC cervical: 0 lesões NCR

CD: sem indicação de NCR

Novo parecer após alto do cirurgião geral

Sugiro de uma estabilização por 24 horas

20/01/14

Data

Ass. do Médico Consultante

Cláudio Roberto Raimundo
Neurocirurgião
CRM-PI 2984

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
CONFERMADO POR: [assinatura]
DATA: 29/01/2014
ASSIN.



Requisição de Parecer

| | | |
|---|------------------|-------|
| Nome <u>Keyton de Sousa Moura</u> | | Leito |
| Médico Consultante <u>CM</u> | N. Do Prontuário | |
| Médico Especialista <u>Urgência geral</u> | | |

Motivo da consulta (Indicar as Duvidas e Enumerar os principais Sintomas do Enfermo)

Paciente vítima de acidente
motociclístico. Chega aos olhos,
desolizados, EC 6-8 P?), pupilas
isocóricas. Solicito audição
ABD: plano, flácido, SSIP.
Tórax: MVO, Expansibilidade preservada.

20/05/19

Data

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI: 5835
CPF: 035.962.413-83

Ass. do Médico Consultante

PARECER PELA CIRURGIA GERAL. PACIENTE COM HISTÓRIA DE
ACIDENTE DE TRÂNSITO APÓS LIBERAÇÃO ALCOOLICA. VRS FERNES,
EDMÉILIO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AR E MRS S/A.
TC'S DE TÓRAX E ABDOMEN NÃO LAUDADAS ATÉ O MOMENTO,
PORÉM NÃO VEJO ANOMALIAS.

SEM CONDUTA

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-PI: 5835
CPF: 035.962.413-83

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CONFERÊNCIA DE LAUDAS
DATA 20/05/19
ASSIN. [assinatura]

Data

Ass. do Médico Consultante

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Mangueira

REQUISIÇÃO DE PARECER

202

NOME:

Clayton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

NEUROLOGIA

À CLÍNICA:

OPF. GERAL

MOTIVO DA CONSULTA

Polifarmácia / 100 / Dos outros exames
Sobretudo pelo uso de vários exames
Sobretudo sobre a...

DATA: 21/02/17

ASS. MÉDICO

PARECER:

Trasuma no olho (E)

Tr: uso inadequado...

Est. de...

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Felipe N. Almeida
CRM: 4315/1804-1415

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Upa Oeiras

Para

HRTN C Flemeiro

Nome da Pessoa Encaminhada:

Cleyton de Sousa Moura

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Paciente de 22 anos ruptura de audição unilateral
com TCE grave, RNC, glaucoma-40, SpO2: 100%,
SCN, PA= 100/80 mmHg, FC= 115. Solicito avaliação

Observações:

e conduta neurológica e complementares realizados
fun (te de vídeo)

20/01/19
Data

Responsável pelo Encaminhamento

Victor Simões
Médico
CRM-MA 9794
CBO 301150

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde,
Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida
ao local da origem através do próprio
paciente devidamente fechada.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impressa: 22/01/2019

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00
Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Sexo: M

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

22/01/2019

| | | | |
|----------|--|-------|---|
| 20:00:00 | PACIENTE AGITADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, SEGUE MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E SOB CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA: 150/10 TAX: 36º F.C.: 99 F.R.: 0 Glicemia: 0 | JOANA | Assinatura do(a) Técnico(a) de Enfermagem CNPJ: 06.553.564/0103-62 |
| 06:00 | PA 120 x 30 P. 115 | | |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impresso: 20/01/2019

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00 Sexo: M Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS
 Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA
 Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Evolução

20/01/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

| | | | |
|----------|--|----------|---------------------------------------|
| 20:20:00 | ADMITIDA NESTE SETOR VINDO DO PS DE MACA, ACOMPANHADO PELO PAI. RELATADO ACIDENTE MOTOCICLISTICO ALCOOLIZADO, SEM USO DO CAPACETE (SIC). DIAGNOSTICADO COM TCE-HSATHSD LAMINAR DIREITO. SONOLENTO, DESORIENTADO, FÁSICO, REPIRANDO AR AMBIENTE. ECGL 11. PUPILAS ISOCÓRICAS, SATURANDO: 98%; FC: 120 BPM (TAQUICARDICO), FEBRIL (37, 7°C); HGT: 178 MG/DL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES. APRESENTANDO MULTIFAS ESCORIAÇÕES. AVALIADO PELO CIRURGIA GERAL SEM CONDUITA. ABDOME INDOLOR E PLANO; TORAX SIMETRICO E INDOLOR. | EDINALVA | Edinalva Enfermeira COREN-PI 31 |
|----------|--|----------|---------------------------------------|

DATA: 20/01/19 NOME: Clayton de Sousa

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| | | | | | | |
|-------------|--|---|---------|-----------------|--------|-------------------|
| HORA: 12:30 | SNG: - | SNE: - | SOG: - | SVD: - | TOT: - | TQT: - |
| DIA: 01/0 | GLASGOW 4/4 | RV: 4 | RM: 6 | REAÇÃO A LUZ: + | = 11 | () SEDAÇÃO RASS: |
| NEURO | <input checked="" type="checkbox"/> ISOCORIA () MIDRIASE () MEDIAS () MIOSE | FOTO REAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO () ANISOCORIA | PLEGIA: | | | |
| | DEFICIT MOTOR: | PARESTÉSIA: | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO | | | | | |
| | () O ₂ LMIN: () CATETER () MACRO () VENTURI | | | | | |
| | () VM () TOT N° () TQT N° () VNI | FIXAÇÃO DO TOT N° | | | | |
| | SECREÇÃO: () FLUIDA () ESPESSA () PURULENTA () ROSADA () SANGUINOLENTA AP: | | | | | |
| | () NORMOTENSA () HIPOTENSA () HIPERTENSA () PA INALIVEL | | | | | |
| | TENDÊNCIA À: () HIPOTERMIA () FEBRE | | | | | |
| | () NORMOCARDICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO | | | | | |
| | SPO ₂ : 98 % ENCHIMENTO CAPILAR: () >2S () <2S | | | | | |
| | DVA: - | SEDAÇÃO: - | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADO () DEIDRATADO () ICTERICIA () CIANOSE | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCORADO () HIPOCORADO () JEDEMA | | | | | |
| | () INTEGRA () FRATURA () FERIDA () DRENO | | | | | |
| | () LPP: LOCAL: GRAU: | | | | | |
| | () SEM ACESSO () PERIFERIO: () CENTRAL | | | | | |
| | () CATETER DE HD: DIA: / / | | | | | |
| | () VO () SNG () SNE () SOG () DIETA ZERO () GASTROSTOMIA () NPT | | | | | |
| | RESÍDUO GÁSTRICO: () SIM () NÃO | | | | | |
| | ABD: () PLANO () FLÁCIDO () TENSO () ESCAVADO () DISTENDIDO () GLOBOSO | | | | | |
| | RHA: EMESE: | | | | | |
| | () SNG ABERTA ASPECTO: () SANGUINOLENTO () BILOSO | | | | | |
| | () FECALOIDE VOLUME RESIDUAL: ML /H | | | | | |
| | EVACUAÇÕES: () AUSENTE () PRESENTE ASPECTO: | | | | | |
| | DIURESE: () ESPONTÂNEA () SVD () CISTOSTOMIA () DISPOSITIVO URINÁRIO VOLUME | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> FISIOLÓGICO () POLIÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA | | | | | |
| | ASPECTO: () LIMPIO () COLÚRIA () PIÚRIA () BLENÚRIA () HEMATÚRIA | | | | | |
| | () CONCENTRADA | | | | | |

ENFERMEIRO:

TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

COREN - PI 256

Enfermeira

COREN - PI 256.356

Enfermeira

Belyne

DATA: 21/01/20

LEITO: 03 ADM: 20/01/19

TELEFONE (S):

NOME: Leiton de Sousa Moura IDADE: 22
MÉDICO: Dr. J. J. J. ENFERMEIRO (A): Priscilla

| SINAIS VITAIS | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | SAÍDAS | | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|----|--------|-----|--------------------|-------|-------|----------|-----|------------------|---------|-------|------|----|----|-----|---------|--------|--------------|------|-----|-----|------|-----|
| HS | T | P | FC | R | PA | PAM | SAT O ₂ | GLIC. | DIETA | VO | SNG | H ₂ O | SF 0.9% | SG 5% | RING | VO | EV | SNG | SEDAÇÃO | NORA | CONC. HEM. | DIUR | FEZ | SNG | DREN | VOM |
| 7 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 136 | 135 | 132 | 24 | 124/65 | 73 | 97 | 170 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOMA PARCIAL | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | 200 | SAÍDAS 200ml | | | | | |
| 14 | 136 | 135 | 131 | 25 | 116/60 | 69 | 98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 124 | 126 | 123 | 23 | 138/81 | 90 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 124 | 125 | 122 | 22 | 116/76 | 82 | 100 | 174 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOMA PARCIAL | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | 300 | SAÍDAS 300ml | | | | | |
| 20 | 127 | 125 | 123 | 23 | 120/77 | 81 | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOMA PARCIAL | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | 500 | SAÍDAS | | | | | |
| 1 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOMA PARCIAL | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | 500 | SAÍDAS | | | | | |
| SOMA TOTAL | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | | SAÍDAS | | | | | |
| BALANÇO 24HS | | | | | | | | | | ENTRADAS | | | | | | | | | | | SAÍDAS | | | | | |

ENFERMEIRO (A):

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data impresso: 22/01/2019

1070188 - CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data da internação: 20/01/2019 - 19:30:00

Sexo: M

Idade: 22 ANOS, 1 MÊS, 11 DIAS

Responsável: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0202

Evolução

20/01/2019



Enfermeiro(a)

Assinatura

| | | | |
|----------|--|----------|-----------------------------|
| 16:39:05 | PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, VISTO PELO ORTOPEDISTA, FEZ RX DE CLAVICULA, COM VARIAS ESCORIAÇÕES NAS COSTAS E NADEGAS E MMII, FO DE COURO CABELUDO SEM SINAIS FLOGISTICOS. ECG 15, ACEITA DIETA, SEGUE SOB VIGILANCIA. | GRIZEDIA | <i>Grizedia</i> (150648) |
|----------|--|----------|-----------------------------|

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.886.242 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/04/13

NOME CLEYTON DE SOUSA MOURA

FILIAÇÃO MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA
JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA

NATURALIDADE VÁRZEA GRANDE-PI DATA DE NASCIMENTO 09/12/1996

DTG: ORIGEM CERT. NASC. 17777 L A90 F 239
EXP OEIRAS-PI 16/01/98

CPF 071.383.403-03

TERMINAL - PI 071.383.403-03

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0154716

clayton de souza moura
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CADERNO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG
 1681771-889 P1

CPF
 848.384.413-83

Data Nascimento
 20/07/1977

Princípio
 JOSE MARIAS DA SILVA

Mãe
 MARIA CAROLITA DE SOUSA

Permissão
 PERMISSÃO

ACE
 00198

CEP
 00198

Nº de Registro
 06983294635

Validade
 03/01/2019

Exatidão
 04/01/2019

Assinatura
 Adriana Carla de Sousa Silva

Local
 TERESINA, PI

Data de Emissão
 04/01/2019

Nº de Registro
 06983294635

PIAUI

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1554703040

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1554703040

DPVAT
 24 JUN 2019
 PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013156592284

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 01119331983 EXERCÍCIO: 2019

0932
0186
5430
9826
9542
9393
9021
7850
4851
6504
8319

ALBERTINA ALVES BATISTA

CPF / CNPJ

72328550363

PLACA

PIV-3283

CHASSI

9C23C4830HR506188

PLACA ANT / UF

ESPECIE TIPO

PAS/MOTONETA / NENHUMA

MARCA / MODELO

HONDA/PIB 125

CAP / POT / CL

02P/0124CC

COTA ÚNICA

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

VENC. COTA ÚNICA

1º IPVA

2º

3º PAGO

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FID. DA

ADMINISTRADORA DE CONS. NAG. HON

LOCAL

VARZEA GRANDE

DATA

09/04/2019

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 013156592284

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 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

09/04/2019

VIA

CPF / CNPJ

72328550363

PLACA

PIV-3283

RENAVAM

01119331983

MARCA / MODELO

HONDA/PIB 125

ANO FAB

2017

CAT. TARIF

09

Nº CHASSI

9C23C4830HR506188

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$)

000,00

DETRAN (R\$)

000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

PREMIO BRUTO DO SEGURO (R\$)

084,58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

21/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

Descrição do exame físico: LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.13) E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190393028 **Cidade:** Tanque do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR DIREITO
HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Cleyton de Sousa Moura
 RG: 3.886.242 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 071.383.403.03
 NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Exato Rural
 ENDEREÇO: Rua Parquetada Nº: 51
 BAIRRO: Urbanos CEP: 64.525-000 CIDADE/UF: Varzea Grande - Piau
 TELEFONE (-) - (-) - (-) - (-) - (-)

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.951.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.439-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244
 BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-9001 (86) 99402-2764

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU PASTOR
 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 REAENDAMENTO, 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

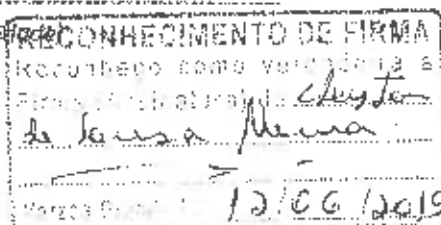
VITIMA: Cleyton de Sousa Moura
 CPF: 071.383.403.03 DATA DO ACIDENTE: 20/01/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DADS ☐ MORTE

Varzea Grande - Piau
 local e data

Cleyton De Sousa Moura

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

PODER JUDICIÁRIO - ESTADO DO PIAU
 COMARCA DE VARZEA GRANDE
 Praça Maranhão Deodoro da Fonseca S/N
 CEP: 64.525-000
 Fone: (86) 3471-1268
 CARTÓRIO ÚNICO
 Tabelionato de Notas, Registro
 de Imóveis e Registro Civil



Antonio Pereira da Silva
 Tabelião Oficial Interino



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211518/19

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF: 071.383.403-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

Titular do CPF: CLEYTON DE SOUSA MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

CLEYTON DE SOUSA MOURA : 071.383.403-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190393028**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEYTON DE SOUSA MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROJETADA 11, SN - URBANO - Várzea Grande - PI - CEP 64525-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3886242**

Data e local do acidente: [**20/01/2019**] **PI224 - ZONA RURAL - TANQUE DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [**11/07/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE LAMINAR.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LUCIDO, ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190393028 Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190393028

Vítima: CLEYTON DE SOUSA MOURA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEYTON DE SOUSA MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 071.383.403-03 Nome completo da vítima: Clayton de Sousa Moura

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

Nome completo: Clayton de Sousa Moura CPF: 071.383.403-03

Profissão: Juiz de Direito Endereço: Rua Proletária 11 Número: 51 Complemento: Urbano

Bairro: Urbano Cidade: Teresopolis Estado: RJ CEP: 24.525-000

E-mail: Recusou-se Tel.(DDD): (21) 99381-6008

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Bancos de terceiros)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1383 CONTA: 65326

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 Lider 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

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

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

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

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

Local e Data: Teresopolis - RJ 18.06.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Unidade do Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 12/06/2019 - 11:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE TANQUE DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TANQUE DO PIAUÍ

Endereço

PI 224, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/01/2019 - 01:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 SSP PI

Mãe: MARIA RAIMUNDA DE SOUSA MOURA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DE MOURA SILVA

Endereço: RUA PROJETADA 11, Nº S/N

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VÁRZEA GRANDE

Telefone(s): 89-9901-1162

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2017 PIY3283

Renavam:

0119331983

Cor:

Vermelha

Condutor: CLEYTON DE SOUSA MOURA

RG: 3886242 Órgão: SSP UF: RG, PI

Cidade: VÁRZEA GRANDE UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No início da madrugada do 20 de janeiro de 2019, o noticiante conduzia sua motocicleta, acima qualificada, pela PI 224, partindo de Tanque do Piauí rumo ao município de Várzea Grande. Em determinado trecho da viagem, o pneu dianteiro da moto estourou, fazendo o condutor perder imediatamente o controle da veículo, indo direto ao chão. O condutor da moto perdeu os sentidos. O noticiante foi trazido primeiramente ao Hospital "Cícero Ribeiro de Almeida" em Várzea Grande-PI, com suspeitas de traumatismo craniano. Horas mais tarde já deu entrada na UPA do município de Oeiras-PI apresentando traumatismo crânio encefálico e escoriações pelo corpo. Ainda no mesmo dia 20 de janeiro, o paciente foi transferido ao Hospital Regional "Ibérico Nunes, para ser internado e a realização de exames mais específicos. Era o que tinha informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

Cleyton De Sousa Moura
CLEYTON DE SOUSA MOURA - Noticiante
Responsável pela informação

Paulo Gregório F. Costa
DELEGADO DE POLÍCIA



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

1340 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 315971.000015/2019-11

Paulo Gregório F. do Azeiteiro
Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 071.383.403-03 Nome completo da vítima: Cleyton de Sousa Moura
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Cleyton de Sousa Moura CPF: 071.383.403-03
Profissão: _____ Endereço: Rua Propetada 11 Número: 11 Complemento: Urbanos
Bairro: Urbanos Cidade: Itazeia Grande Estado: Piauí CEP: 64-525-000
E-mail: Recusou-se Tel.(DDD): (86)39981.6008

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1083 ☐ CONTA: 65326 ☐
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Local e Data: Itazeia Grande - PI 18.06.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
OUVIDORIA 0800 725 7474

141-668677896-9

21/Mai/2019

HORA DF 11:00:12

TERM: 049237

CONTROLE: 125043738

OT: 16.022897-2

LOCALIDADE: VARZEA GRANDE

RG, VINCULADA: 1383

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1383 013 0005326-6

CLEYTON DE SOUSA MOURA

SUCESSO. A PREVISAO
ATE 30 MINUTOS

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA



HOSPITAL DE PEQUENO PORTE "CICERO RIBEIRO DE ALMEIDA"
Pça Marechal Deodoro da Fonseca, 383 - Centro - Várzea Grande-PI
CEP: 64525-000 - FONE: (89) 3471-1284
CNPJ: 06.554.950/0001-44 - e-mail: hospitaldevarzeagrande@hotmail.com

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cleyton de Sousa Moura

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1996

PROFISSÃO

Trabalhador Rural

SEXO:

MASC.: ☒

FEM.: ☐

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE:

RG. 3.886.242

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

2005007090200051

RAÇA/COR:

BRANCA ☐

PRETA ☒

AMARELA ☐

PARDA ☐

INDIGENA ☐

SEM INFORMAÇÃO ☐

FILIAÇÃO:

PAI:

José Francisco de Moura Silva

MÃE:

Maria Raimunda de Sousa Moura

ENDEREÇO:

Rua Projetada 5/Nº Bairro Novo da Esperança

MUNICÍPIO

Várzea Grande

ESTADO:

Piauí

CEP:

64525000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA:

20/Jan/2019

HORA

2:30 hs. da manhã

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Vítima de queda de motocicleta teve escoriações pelo corpo suspeito de traumatismo craniano, atendido pelo Dr. Almeida feito o exame e sono fisiológico 99% encaminhado para UPA de Quirino-PI

Maria das Mercês Santos de Sousa
Técnico de Enfermagem
CPF: 001111306-TE
CPF: 150.717.663-35

PU CORRETORA
DE SEGUROS
21 JUN 2019
DPVAT

PARCO/2019

18/03/2019

JOSE FRANCISCO DE MOURA SILVA

R. PROJETADA 11 S/N

B-URBANO

CPF: 00001171740336

DEB 7 64 1923 0000 0000 0000 0000 0000

DADOS DA LEITURA

Atual:

Atual:

Anterior:

8958

Anterior:

11/03/2019

Consumo e Multiplicação:

8886

Programa Leitura:

07/02/2019

Consumo Médio:

1,000

Emissão:

09/04/2019

Consumo Faturado:

72

Apresentação:

08/03/2019

Forma de Faturamento:

Código de Irregularidade:

Data de Consumo:

11/03/2019

Classe/Subclasse

NORMA

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Pat.

Validade 12 meses

RESIDUA RENDA

Método consumo

FEV/19 71
JAN/19 63
DEZ/18 69
NOV/18 77
OUT/18 72
SET/18 80
AGO/18 78
JUL/18 52
JUN/18 15
MAI/18 58

CONSUMO

30 A R\$ 0,293144 =

8,79

42 A R\$ 0,502546 =

21,10

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP)

2,24

DIFERENÇA DE TARIFA

32,61

SUBVENCAO BAIXA RENDA

23,44

MULTA POR ATRASO 02/19-00

0,00

JUROS POR ATRASO 02/19-00

0,10

TARIFA DE TRIBUTOS:

D.E. 20 - 0,219538

S.E. 72 - 0,361020

NOTIFICAÇÃO DE REATILIZAÇÃO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 08/03/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA: 5298.93AD.BF0E.2A10.2005.F210.40F7.C0A6

Distribuição:

Energia:

12,97

Alíquota ICMS:

62,50

48,75

Transmissão:

25,04

Valor do ICMS:

22,00%

Encargos:

4,23

Valor do PIS:

13,75

Tributos:

2,87

Valor do COFINS:

0,68

Tributos:

12,59

Tributos:

6,49%

0,16

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

Tributos:

0,00

Tributos:

0,00

0,00

equatorial

ENERGIA

Cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sui - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.743-5

SEU CÓDIGO

0853381-4

MÊS FATURADO

03/2019

Mº da Nota Fiscal:

01/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

42,19

VENCIMENTO

18/03/2019

878242245 - FCM

83640000000 3 42190017000 0 00000000853 2 38140319008 9



SEQ.: 00196 UC: 0853381-4 DT. LEIT.: 11/03/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 8958 NORMAL TOTAL: 42,19 CARGA: 001
DT. VENC.: 18/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1691

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 JUN 2019

DPVAT