

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00888-5

CONTA: 000010014942-1

Nr. da Autenticação 274BDFB7FD379FCC

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAU
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 05.940.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.379.283-5
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ/PI 06/98

Nº de Nota Fiscal 017208338

2. Tabela Social de Energia Elétrica - TSELE autorizada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019 11/02/2019 82 77,54

UMBERTO ALVES DA MOTA
R. JOAQUIM LOPES 536 S/C B-URBANO
CPF: 00000000000000
CEP: 64.470-000 - HUGO NAPOLEAO

Apelido	328	Assinatura	04/02/2019
Antecedente	246	Assinatura	03/01/2019
Consumo de Multiplicação	1,000	Próxima Exatidão	06/03/2019
Consumo Medido	82	Exatidão	01/02/2019
Consumo Estimado	82	Assinatura	04/02/2019

NORMAL

32

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2154519		1.1.1.1	78

Mês/ano consumo	CONSUMO	82 A R\$ 0,889544 =	72,94
JAN/19 76	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)		4,60
FEV/19 80			
MAI/18 90			
JUN/18 93			
JUL/18 77			
AGO/18 47			
SET/18 70			
OUT/18 73			
NOV/18 71			
DEZ/18 89			
TAB. 13 BEM TRIBUTOS:			
Q A 82 - 8,829544			

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

VENCIMENTO AO FISCAL 7886.EBE3.6151.C1E3.43AF.C010.BFAF.B3B3

Distribuição	14,78	Base de Cálculo	72,94
Energia	28,52	Adicional ICMS	22,00%
Transmissão	4,82	Valor do ICMS	16,04
Energia	3,04	Valor do PIS	1,02
Tributos	21,78	Valor do COFINS	4,72

8,06 16,12 32,23 4,59 9,18 18,37 4,48
0,00 0,00 0,00
12/2018 24,12

SAO PEDRO DO PIAU

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0216061-7	77,54
MES FATURADO	VENCIMENTO
02/2019	11/02/2019
Nº de Nota Fiscal	FCAM
017208338	

836600000000 1 77540017000 4 00000000216 2 06170219008 5



21 FEV 2019

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 364922324

CLIENTE: 1.674.2373

CPF/CNPJ: 84935421-3

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009121535 70014

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

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Atenção: excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de outro novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 153,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

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

MENSALIDADES

Antevisão que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	153,99
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Subtotal	-	-	-	-	-	103,99
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
1 An. Jogo Virtual	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
1 An. Backup 30GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

QUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	PUNTO	R\$ 0,71	R\$ 0,35
30%	R\$ 107,08	R\$ 32,12	-	-	-	-
7,65%	-	-	-	-	-	-
2,25%	-	-	-	-	-	-

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) Adicional(ais)	
Franchia	R\$ 137,49
SVA	R\$ 32,50
Oscarato(s) Franchia	R\$ -16,18
Descontos SVA	R\$ -15,22

21 FEV 2019

TIM

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

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO
0000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
07/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/01/2019

VALOR
R\$ 139,47

0000009121536776014

0000009121536776014

00364922324 - S

00121536776 - 2

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 8h 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 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/DDCORIGINAL.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, SEM 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 8249.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Alves da Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 565.103.142 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisco Alves da Mota

inscrito (a) no CPF sob o Nº 565.103.142 / 15, 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>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-8008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - PI 07.02.2013

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR D MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 83

21

DATA: 10/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 15:15:11

COD.: 38605 Paciente: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Nasc.: 14/11/1968

Raça: 003

Idade: 49 Anos, 10 Meses e 25 Dias.

Nome do Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Nome da Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Sexo: M Telefone: (86)99550-8865

Cep: 64470000

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES

Bairro: CENTRO

Numero: 63

Município: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

IBGE Mun.: 2204600

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

CNS: 898002378383446

RG Nº: 900716

Orgão Emissor: SSP PI Data Emissão: 23/11/2012

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 482577 Data: 10/10/2018 15:15:11

Condução: Veiculo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE

HISTÓRICO CLÍNICO:

Tramite acidente

EXAMES FÍSICOS:

AS 91 - exames em andamento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Tramite Torçao

TRATAMENTO SOLICITADO:

Tramite H. U. F.

Geraldo de M. R. Soares
Médico
CRM 11.661

DR. GERALDO DE MAJELLA R SOARES

CRM.: CRM - PI 661

CNS: 107338864900005

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 10/10/18 HORA: 15:21 Nº DOTELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HMSDMA MUNICIPIO Água Branca

MÉDICO: Dr. Maylla CRM: 661

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fernando Alves da Costa

Data de Nascimento 14.11.68 Idade: 49 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 898002378383446

Município de Procedência Humildade

HDA: Trauma secundário ao contato de

uma barra de ferro com o crânio

na região da face esquerda

HD: Hemorragia? Trauma CID S00.0

ESCALA DE GLASGOW: 14

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax _____ °C P: 38 bpm R: 22 mrm PA: 90/60 mmHg Sat O₂ 94 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- (X) Hidratação Venosa
- () Aspiração
- (X) Medicação (especificar) Tranquilizante
- () Curativo
- () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: _____ Senha: Id: 4444 Aut: 38481888

21 FEV 2019



Alto

NOME DO PACIENTE: Francisco Alves da Mota
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 160321

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

21 FEV 2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

- Cir. Geral - Sala 1000

SUS SUS

Imp: 10/10/2018 17:00:09

User: CAMILA NORBERTAI

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NYCO
15/10/18

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA		Prontuário: 150321	
Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA		Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA	
End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO - HUGO NAPOLEAO - PI - CEP: 64470-000			
Nascimento: 14/11/1968	Idade: 49a10m26d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9932-2400
Responsável: O MESMO		CNS: 898002378383446	
Profissão: LAVRADOR		CPF: * RG: 900716 - PI	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688466	Data: 10/10/2018 16:58:44	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Trajetória? Sim	Típico: Não	CID Secundário: V099

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de atropelamento em torax / abdome

A: Vias aéreas livres, sem lesões cutâneas

B: levemente dispendido, em caber de ar

C: FC = 104 bpm FR = 22. Doe em abdome à palpao

D: OCG = 15

E: Osguete em torax

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____
Diagnóstico Inicial:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC de torax e abdome

Exame: Abdome Total c/c

DATA: 10/10/2018

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DATA: 10/10/2018

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DATA: 10/10/2018

ALTA:

☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____ Internação na Unidade: Proced. Solicitado: CID Compatível:
☐ Família ☐ EML ☐ Anat. Patol.		11 FEV 2019 Prof. Solicitante: Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - DE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 10/10/2018 17:00:09

(CAMILA NORBERTA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA		Prontuário: 160321
Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA		Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA
End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO - RUGO NAPOLEAO - PI - CEP: 64470-000		
Nascimento: 14/11/1968	Idade: 49a10m26d	Sexo: Masculino Fone: 36- 9932-2400
Responsável: O MESMO		CNS: 898002378383446
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 900716 - PI
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 698466	Data: 10/10/2018 16:58:44	Clas. Cox: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 10/10/18 19:32	ESPECIALISTA: Cirurgião Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de atropelamento por caminhão colidindo com dor torácica e abdominal em REG, LQ E, hipocôndrio RUQ, taquicárdico, agnóstico. Abdome plano, flácido, doloroso difusamente.	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	

Blumberg +.	
TC abdome com trauma hepático e esplênico com moderada quantidade de líquido livre.	
Cd: No centro cirúrgico	
Solicitado 02 CH	
DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):	

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
21 FEV 2019	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Francisco Alves de Melo		IDADE	anos	DATA	10/10/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	23	hs 15	min	TIPO DE ANESTESIA	GERAL	
				RAQUE	BLOQUEIO	PERIDURAL
CIRURGIA REALIZADA	Laparectomia + OT + O					CIRURGIÃO
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO				SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	100 x 65				138 / 78	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	102 bpm				116	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%				99%	
TEMPERATURA AXILAR (°C)						
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/MATRÍCULA	Luciana				Gomes	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Juliana Alves de Melo
CRM-PR 112.230-87

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA	NASOG	NASOE
ha	mL	ha	mL	ha	mL	ha	mL
ha	mL	ha	mL	ha	mL	ha	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

13:15h: Admitido na SRPA, em PÓS - laparectomia, sob efeito de anestesia geral. Consciente, orientado, fático. Respira AA, estável. Realizada drenagem de tórax. APV próximo, sem vômitos.

13:30h - Alta da SRPA

Dr. Ronaldo José da Rocha
SUPERVISOR
CRM-PR Nº 264.016

ESCRITAÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Alcides L.

HORÁRIO

Dr. Alyne Lima Melo
Médica Anestesiologista
CRM-PR 71123
ANESTESIOLOGISTA

ICAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

DESTINO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEW [] CIR [] MÉD



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente **Francisco Alves da Silva**

Diagnóstico pré-operatório **Trauma Esplênico**

Operação - Tipo **laparotomia exploradora (Esplenectomia)**

Cirurgião **Dr. Marcos** 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) **Patrícia** Anestesista **D. Marcos Vinícius** Anestesia **Gerol**

Anestésico(a)

Data da Operação **10.10.18** Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório
Trauma Esplênico

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) Antepsia + antissepsie + elevação de campo.
- 3) Incisão mediana tipo-púbica + direse até cavidade
- 4) Invenção: presença de grande quantidade de sangue na cavidade; lesão esplênica (laceração); laceração hepática de + ou - 2cm em segmento V e VII, Auctoria Zone I pequena
- 5) Realizada aspiração de 1500ml de sangue de cavidade. 6º) Ressecção de ligamentos esplênopênicos, Gastrosplénica. 7º) Fimocimento + ligadura de hilo esplênico (art. e veia esplênica). ligadura de gastrosplénica curta
- 8) Revisão de cicós. 9) lesão hepática s/ sangramento
- 10) Sutura dos planos + curativo

Dr. Valério Lopes
Cirurgião Geral
CRM: 711
21 FEV 2019

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuário:

160321

Internação:

224783

Nome: **FRANCISCO ALVES DA MOTA**

End. Resid.: RUA JOAQUIM LOPES - CENTRO

Cidade: HUGO NAPOLEAO - PI

CEP: 64470-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 24/11/1968	Idade: 49a10m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: LAVRADOR
Internação		Alta		Permanência
Data 10/10/2018	Hora 21:40	Data 16/10/18	Hora 12:00	

Diagnósticos: *trauma de tórax fechado + trauma de abdômen fechado*

Cod. CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Ente admitido dia 10/10/18, vítima de atropelamento referindo dor torácica intensa associada a dor abdominal difusa ao exame físico

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Ente perdeu no momento (16/10/18), em bom estado geral, consciente, orientado, Glasgow 15, supine S&O2:98% em ar ambiente, ambulando, com PO em abdômen limpa, macia, sem sinais inflamatórios, sem glicúria

MEDICAÇÕES: *Prescrição o/paciente (receptivo)*

CIRURGIA: Data: 10/10/18 Tipo: LE (Exploratório) + Toracotomia e drenagem pleura à D

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: ☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Pedido ☐ Evasão ☐ Administrativa
☐ Óbito ☐ Transferência outro serviço ☐ Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Zenon Rocha Filho
Cirurgião Torácico
CRM 728-099/02.12.13

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE HUGO NAPOLEÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SANTEAMENTO
CNPJ 06.907.773/0001-21
R. da Saúde, S/N - Centro - CEP 04.000-000
Fone: (88) 3296-1131 - E-mail: secretaria@saude.hnpi.gov.br



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

ATENDIMENTO

Atendo para os devidos fins que Geminus Azevedo da Costa, último de idade matriculada em 10/10/18. Possui tórax ligeiramente expandido, com tosse seca, tosse produtiva e dor no tórax. Após exame físico em região anagênica, apresentando um diagnóstico clínico.

Data: 04/02/19

Médico

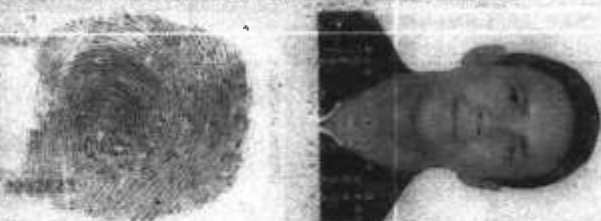
Voltando a consulta queira trazer esta receita
"O aleitamento materno exclusivo é sinônimo de saúde"

21 FEB 2019

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



0002834

Francisco Alves da Mota

0002834

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

900.716

DATA DE EMISSÃO

23/11/11

NOME

FRANCISCO ALVES DA MOTA

FILIAÇÃO

MARIA NOGUEIRA DA SILVA
UMBERTO ALVES DA MOTA

NATURALIDADE

HUGO NAPOLEÃO-PI

14/11/1985

DOC. ORIGINAL

CERT. CASAM. 394 L 04 F 164

EXP HUGO NAPOLEÃO-PI 15/03/95

CPF

565.103.142-15

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 85.210/83

21 FEB 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162012 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (LAPAROTOMIA - ESPLENECTOMIA // TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162012 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM PNEUMOTÓRAX E FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA. (P9)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P8)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (LAPAROTOMIA - ESPLENECTOMIA // TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) - E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: FRANCISCO ALVES DA MOTA
RG: 900.716 ORGÃO EMISSOR: SSPP CPF: 565.103.142-15
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAURADOR
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM LOPES Nº 536
BAIRRO: CENTRO CEP: 64470-000 CIDADE/UF: HUGO NAPOLEÃO PI
TELEFONE () () () () () ()

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 Nº 244
BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUÍ
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 DESTE MADATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE À:

VITIMA: FRANCISCO ALVES DA MOTA
CPF: 565.103.142-15 DATA DO ACIDENTE 10 / 10 / 18
COBERTURA SOLICITADA: (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DADS () MORTE

HUGO NAPOLEÃO PI 30.01.19
local e data

Francisco Alves da Mota

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Francisco Marques de Carvalho
Substituto
Hugo Napoleão - PI

Hugo Napoleão

30/01/2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: FRANCISCO ALVES DA MOTA
RG: 900.716 ORGÃO EMISSOR: SSPP1 CPF: 565.103.142-15
NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: CASADO PROFISSÃO: LAVRADOR
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM LOPES Nº: 536
BAIRRO: CENTRO CEP: 64470-000 CIDADE/UF: HUGO NAPOLEÃO PI
TELEFONE () () () () () ()

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 Nº 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: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15 DATA DO ACIDENTE: 10/10/18

COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DADS ☐ MORTE

HUGO NAPOLEÃO PI 30.01.19

local e data

Francisco Alves da Mota

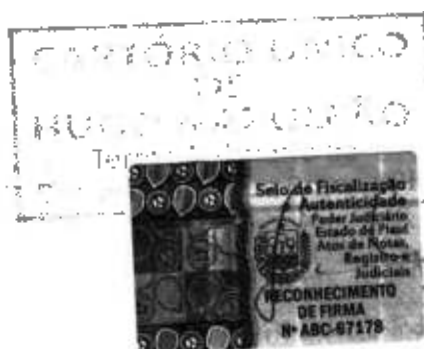
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Francisco Alves da Mota
Substituto
Hugo Napoleão - PI

Hugo Napoleão
30.01.2019

Francisco Alves da Mota



Antônio Marques de Carvalho
Substituto

Reconheço a firma de Francisco Alves da Mota
Em 14.03.2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064031/19

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

FRANCISCO ALVES DA MOTA : 565.103.142-15

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: 21/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064031/19

Número do Sinistro: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

CPF: 565.103.142-15

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Procuração

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: 15/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DA MOTA

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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190162012

Vítima: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DA MOTA

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

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

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

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

Recebedor: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000888-5

Conta: 000010014942-1

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:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do Enistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

565.103.142-15

Francisco Alves da Mata

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

Nome completo:

Francisco Alves da Mata

Profissão:

Advogado

Endereço:

Rua Joaquim Lopes

CPF:

565.103.142-15

Número:

536

Coligamento:

Entes

Bairro:

Centro

Cidade:

Hugo Napoleão

Estado:

Paraná

E-mail:

Recusou-se

CEP:

64.400-000

Tel (DDD):

(86) 93381-6008

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 088

(Informar o dígito se existir)

5

CONTA: 14.942

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 (assinale 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 assinado, 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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:

Vivos:

Falecidos:

 Vítima deixou nascituro (val nascitor)? ☐ 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 o arcarem com a responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

Local e Data: Hugo Napoleão, PR 07.02.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Francisco Alves da Mata

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.**

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

DEPOSITADO

21 FEV 2019

DEPOSITADO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000053/2019-81

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 31/01/2019 - 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

10/10/2018 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

BR. 343 PRÓXIMO AO ACESSO DO LIXÃO DE ÁGUA BRANCA, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 900.716 SSP PI

Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES, Nº 064

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: HUGO NAPOLEÃO

Telefone(s): 66-9406-2031

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, relata o notificante que estava acompanhando um rebanho de gado, quando veio um veículo não identificado, bateu no notificante e evadiu-se do local, sem prestar socorro, esta ocorrência foi verificada na BR - 343; os populares ao passar no local do fato, recolheu o notificante e levou para o hospital se Água Branca; o médico de plantão examinou e transferi para um hospital de Teresina; o notificante fratura cinco (05) costelas, perfurou o pulmão e fígado. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920
AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz De Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 0096920

Francisco Alves da Mota

FRANCISCO ALVES DA MOTA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

21 FEV 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Enistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **565.103.142-15** Nome completo da vítima: **Francisco Alves da Mota**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Francisco Alves da Mota** CPF: **565.103.142-15**
 Profissão: **Advogado** Endereço: **Rua Joaquim Lopes** Número: **536** Complemento: **Centro**
 Bairro: **Centro** Cidade: **Hugo Napoleão** Estado: **Piauí** CEP: **64.400-000**
 E-mail: **Recusou-se** Tel (DDD): **(86) 93381-6008**

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **088** **5** CONTA: **14.942** **X**

(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 (assinale 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

Felo motivo assinado, deixo 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (val nascitor)? ☐ 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 o arcarem esta obrigação, existindo, entretanto, 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: **Hugo Napoleão, PI 07.02.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Francisco Alves da Mota

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: **21 FEV 2019**

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, 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.

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

1588 SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
17/12/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.03.23
3588
SALDO DE POUPANÇA P/ SIMPLES CONTRENTIA

AGENCIA: 0888-5 CONTA: 14.942-
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DA MOTA

VAR OR	SALDO ATUAL	V.A. DEPOSITADO
001 --	0,00C	0,00C
051 --	22,83C	22,83C

FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.
NÃO DEIXE PARA DEPOIS, APLIQUE JÁ.

DEPOSITADO

21 FEV 2019

DEPOSITADO



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR D MENDES ARCOVERDE
CNES - 232392-3 | CNPJ - 03022132/0001-02



USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 83

DATA: 10/10/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 15:15:11

COD.: 36605 Paciente: FRANCISCO ALVES DA MOTA

Nasc.: 14/11/1968

Raça: 003

Idade: 49 Anos, 10 Meses e 25 Dias.

Nome do Pai: UMBERTO ALVES DA MOTA

Nome da Mãe: MARIA NOGUEIRA DA SILVA

Sexo: M Telefone: (86)99550-8865

Cep: 64470000

Endereço: RUA JOAQUIM LOPES

Bairro: CENTRO

Numero: 63

Município: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

IBGE Mun.: 2204600

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: HUGO NAPOLEAO

UF: PI

CNS: 898002378383446

RG Nº: 900716

Orgão Emissor: SSP PI Data Emissão: 23/11/2012

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 482577 Data: 10/10/2018 15:15:11

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

ACIDENTE

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

Dr. Geraldo de Majella R. Soares
Médico
CRM 1.661

DR. GERALDO DE MAJELLA R SOARES

CRM.: CRM - PI 661

CNS: 107338864900005

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital