

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 Ombudsman: 0800 021 91 35

Eu, Vicente Vitorino de Sousa Filho

RG nº 443660, data de expedição 40/10/99

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185.699.513-53

com domicílio na cidade de Agua Branca, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida João Ferreira nº 354

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

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

Francisco Alves de Sousa, cujo o condutor era

Francisco Alves de Sousa

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 Titan KS Ano: 2004/2001

Placa: LUY-7454 Chassi: 9C2JC30101R100985

Data do Acidente: 25/02/18

PI CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DPVAT

Local e Data:

Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Declarante



Vicente Vitorino de Sousa Filho

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
Osteal
São Pedro do Piauí-PI

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: VICENTE VITORINO DE SOUSA FILHO, TENDO O MESMO COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FEI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO. A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 07 DE FEVEREIRO DE 2019

WILSON BARBOSA PEREIRA-TABELIAO.



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Data Nasc: 13 / 09 / 1953
Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA
PAI: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA
Sexo: Masc ☒ Feminino ☐ Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200202
Endereço completo: AV. NÉCIO TEIXEIRA, 90 Nº. _____
Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000
Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONGA UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS (OBRIGATÓRIO) Nº. 89800514343260.1
X) RG Nº 4498838 ORGÃO EMISSOR: SSPPS DATA EMISSÃO: 30/11/2016
() CPF: Nº. _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº. _____ LIVRO: _____
NOME DO CARTORIO: _____

Histórico Clínico:

1. Queixa principal: dor no abdômen, náusea e vômito.
2. História da doença atual: início da dor no abdômen há 12 horas, associada a náusea e vômito.

Exames Físicos: Exame físico: sem alterações significativas.
Exame físico: sem alterações significativas.

Hipótese Diagnóstica: Doença da parede do útero (mioma).

Tratamento Solicitado: medicação - analgésico e antiemético.

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM 2075

D.C.A.A.
Visto

Água Branca (PI), 25 10 2018

Assinatura e Carimbo Médico

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA



PREFEITURA DE
ÁGUA BRANCA
ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE
Mais desenvolvimento pro nosso povo C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

1609

Data: 27/02/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Prescrição Médica

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
01	1000 mg de
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

CORRETORA
DE SEGUROS
12 FEV 2019
DPV

D.C.A.A.
Visto

ortopedias - cirurgia II
EAF - 530/04



GOVERNO
DO PIAUI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/06/13 HORA: 14:25 Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: UNSDMAV MUNICIPIO: Aguá Grande
MÉDICO: M. Holanda GRM: 2075

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO _____
() Obstétrica (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____
10.542.7

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fernando Alves da Silva Souza Pré - 0408020334

Sexo: ☒ Masculino () Feminino

Nome: Prômio Lopes da Silva Sexo: ☒ Masculino () Feminino
Data de Nascimento: 13.08.53 Idade: _____ anos

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 898005293-5,2 00-2

Município de procedência: Água Branca - RJ

HDA: ação - vítima de acidente de trânsito

FRID: Fratura do osso Humeral CID

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

4-Espontânea

3-Comandos

2-Å 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-Exterisção anormal

1-Nephuma

SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS
Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HGV/SERVICO SOCIAL

Autorizo abertura de prontuário
Teresina, 12/03/2008

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.G.V.

Senha: 2018 0225 49478

17 FEB 2019

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 13/02/88
EDRIS Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONÓSTICO MAR. 01/06/82

347

ARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Cirurgia

230-4

Francisco Alves de Sousa

TE. 20.07.18

MAIO 2018

Dr. Themistocles

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alta 23.03.18

ALTA EFETIVADA NO SISTEMA 23/03/18

AUDITORIA
CONFERIDO
05/05/18

ON TOP
03/18

ATENDIMENTO
CONFERIDO
04 JUN 18

04 JUN 18

04.06.18
Renata
Faturista

04 JUN 2018
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/05/18

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 230-4



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221810102563-5
UNI : HGV

Orgão Emissor: 1221100001

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

D. LIBERA: 02/04/2018

PROCED.: 0408020393

OP. SIST: GILDETE

CID : 5423

DE LAUDO : 21/03/2018

TRATAMENTO CIR. GILDETE

OP. SIST: GILDETE

CID : 5423

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5 - Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

7 - CNS: 898005143432601

8 - Nascimento: 13/09/1953

9 - Sexo: m

11 - Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

12 - Fone: 86-9.99355646 / 999477104

13 - Resp:

14 - Cor: sem ident

15 - Ender.: AV NEGÓ TEIXEIRA

0

CENTRO

19 - CEP: 64460-970

16 - Munic: AGUA BRANCA

17 - Cod. IBGE: 220020

18 - UF: PI

RG: 44983-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente sofreu dor no ombro

21 - Condições que justificam a internação:

fratura de umero

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

Rao x

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: 5423

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU

Procedimento Solicitado

1 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO UMERU

29 - Clínica:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

30 - Caracter.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 69360448320

33 - Nome Profissional / Assistente

JUSTIANIO CACIO LEAL TEIXEIRA

34 - Data de Solicitação:

21/03/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

02/04/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (FG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:



Usuário: RAMUNDA VIDAL

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 11/03/18

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Almeida Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO PAT. 019065-9



Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



Órgão Emissor: M221100501

SECRETA
HOSPI

AIH : 221810102859-4
UNI : HGV

26971

0598024

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CNS: 898005143432601

DATA

D. LIBERA: 04/04/2018

DT. LAUDO : 12/03/2018

RAÇA/COR:

ETNIA

PROCEB. : 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS

NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA

OP. S157: GILDETE

CID : 5427

RESPONSÁVEL: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

ASS. REQ

ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA

MUNICÍPIO: AGUA BRANCA

UF: PI

CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU	0408020334
COD. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS	0415010012
CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
FRATURAS MÚLTIPAS DA CLAVICULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERU	
CID REL. PROCED	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
	null	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA 0415010012.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

4.13.04.017-8 - L97: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA;

*04.08.06.016-6 - M866: OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

MARCELO LOPES MACHADO

15/03/2018

Nº DOCUMENTO DO MED. SOLICITANTE

CNS ☒ CPF ☐ 980016293715522

Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-0

(1) OSTECTOMIA (OSTEOMIELITE) OSSOS PE (1) — 040806016-6
(2) DESBANDAMENTO LESÕES EXTENSAS CI PERDA DE
SUBSTÂNCIA PE (1) — 0413240178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ LEITO: 230-04 PRONTUÁRIO: 342 443
NOME: P^o Alva de Sousa DATA NASC: ____/____/____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Base 5^a metatarso PE (1) e/osteomielite
extensas fleumatos PE (1)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + desbando PE (1)
CIRURGIÃO: Marcelo Lopes Nº SALA: 102
AUXILIARES: J^o de Sampaio CRM PI: _____
INSTRUMENTADOR(A): Fátima CIRCULANTE: Antonia
TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P^o de base 5^a metatarso (2) Injeção 2g, 5v
(3) clareia + ap^o (4) Antissepsia + limpeza PE (1) (5) desbando PE
desfaleto PE (1) (6) Osteotomia Base 5^a metatarso OK (7) Linc 2^a 5^a 8^a
8^a (8) Anestesia (9) Boa perf. d^orel.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve
Rancho, fexten 4^o e 5^o PDD
cuba 24x20x25 e
m^o de
acess

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: P^o - osteotomia + desbando Ant^o PE (1)
PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML
PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura x creus

DATA: 15/03/2018 HORA: _____
CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM PI 4271 TEOT 13046

MOD. 14 - NOV UBS: Colhido material p/ cultura

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 0190554

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:		LEITO DE RECUPERAÇÃO:					
DATA:	15/03/18	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A:				10:50	ALERGIA A:
CIRURGIA REALIZADA:							
TIPO DE ANESTESIA:		Ragans + rede-000					
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'		
P.A.	101/62/75						118/63
F.C./PULSO	50						63
TEMPERATURA							
OXIMETRIA	98%						97

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCALA DA DOR
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao chamado = 0	1		2	
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1		2	CONTROLE OXIGENOTERAPIA () PUNÇÃO VENOSA CENTRAL () SONDA NASOGÁSTRICA () SONDA NASOENTRAL () SONDA VESICAL DE DEMONSTRAÇÃO () DRENO DE KIEFER () DRENO PENROSE () DRENO TORÁCICO () DRENO SUÇÃO () DRENO LAMINAR () COLOSTOMIA () GASTROSTOMIA () TRAQUEOSTOMIA ()
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 0 Apnéia = 0	2		2	
CIRCULAÇÃO (PA) 20% do nível pré-anestésico = 2 25 - 40% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2		2	
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2		2	
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	8		10	RESPONSÁVEL PELA CUIDAGEM:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

pts. Paciente no 1º de observação + desobediência p.d.,
consciente, orientado, eufórico, eufórico,
HV para, com SSV exteais, eufórico para
eufórico.

Livia Barbosa Félix
COREN-PI 96507 - ENF

Entregue:	() EX. LABORATORIAIS	() RX	() RECEITA MÉDICA	() ATESTADO MÉDICO	() F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	() UTI	() R/	() ENFERMARIA	() EXTERNO	

Anestesiologista - CRM:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO: DAT: 019065-0

(2) DESBRANDEMENTO UNÕES - EXTENSAS E PERDA DE
SUBSTÂNCIA PE (1) - 0413 040178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLTIM DE CIRURGIA

Fazer enxerto?
não é eleg.

Atendimento: 598024

CLÍNICA: _____ LEITO: 230-04 PRONTUÁRIO: 347 443
NOME: Sr. Alva de Sousa DATA NASC: 1/1/1
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Base 5 metatarsos pe (1) e (2) comide
Extensos fleumatos pe (1)

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + debridamento pe (1) NO SALA 12

CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM.PI: _____

AUXILIARES: J. de Sampaio

INSTRUMENTADORA: Fátima CIRCUJANTE: Antonia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) P. de 100 mm na Anterior (2) 10x10 2g, 5v

(3) 10x10 + apio (4) Anterior + Anterior pe (1) (5) debridamento pe

debridamento pe (2) (6) Osteotomia Base 5 metatarsos - ORC (7) 10x10 2g, 5v

OR (8) Anterior (9) 10x10 perf. dorsal

... R. de 100 mm 10x10 2g, 5v

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Pci - osteotomia + debridamento Anterior (1)

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM (X) NÃO ESTIMADA ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: (X) SIM () NÃO QUAL? cultura revascular

DATA: 15/03/2018 HORA: _____

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PI 123456789

MOB: 14 - MOB

UBS: Cuidado integral p/ cultura

608984

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO / DAT: 145065-9



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

NOME: Francisco Alves de Sousa SEXO ☒ M ☐ F Idade: 64a Data Nascimento: 13/09/53
Cirurgia Proposta: Amputação de membros + fratura de fêmur
Cirurgião: _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Mercapaseo	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Aftose
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLOGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Dismale	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parosteas		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: insulina

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestésias anteriores: insulina
Intercorrências: _____
Hemotransfusões: _____
Antecedentes Familiares: _____
☒ Tabagismo ☒ Etilismo ☒ Uso de Tóxicos ☒ Alergias: _____

EXAME FÍSICO

Estado Físico: Bom EG: Bom Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____
Avaliação via aérea: _____ Maltampati: _____ Mobilidade pescoço: boa Dentes: protese Unificação ATM: ☐
Distância esterno/mento: ☐ < 12,5cm ☒ > 12,5cm Coluna Vertebral: movel sup
SCV: _____
SR: _____
Outros: _____

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: _____ (%) HB (g%): _____ Plaquetas (mm³): _____ TTPa: _____ TP: _____ INR: _____
Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____
RX do Tórax: _____
ECG: _____
Risco Cirúrgico: _____
Parecer Cardiológico: _____
Outros Exames: _____

CONDUTA:

Liberação: ☐ SIM ☒ NÃO Observação: Recomendo solicitar em laboratório aguardando ECG Unificado pelo cardiologista e novo parecer cardiológico após ECG

ORIENTAÇÃO:

Jejum: sim
Medicação: nao
Cuidados: _____
Anestesia Proposta: Anestesia Geral e traqui Recomendo solicitar conversa com o anestesiologista Plexo Braquial

Data consulta: 14.03.18 Hora: 09h

Assinatura Médico / CRM / Carimbo: Manuela Ribeiro Vargas
CRM: 2719

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO: MAT: 0100554



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ANESTESIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Sousa
Prontuário: _____ Nascimento: 13.09.53 Estado Civil: _____
União do SUS: _____

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: ____/____/____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residente em: _____

Eu, _____

Responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença Artrite de Umbral
e Artrite de Pó

pretendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de Rogianestesia e/ou
Bloqueio de Pêlo Inguinal e/ou Anestesia
geral

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a sua doença e ao procedimento que será submetido, tais como:

1. Broncoespasmo
2. Unafibrona
3. JAM AVEITOP
4. PCR
5. Outro

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilização está em conformidade com a Lei 8.079/90 pelo Código de Ética Médica nos seus artigos 48 e 60.

Terceira (PI) 14 de março de 20 18

x

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Mahelá Ribeiro Velloso
214710

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Prof. Barão, 2392 - Centro-Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO Nº: 01965-3

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4
64 anos

NOME:

FRANCISCO RUIZ DE JESUS

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Oftalmologia

A CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

7

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

Lauro
TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1000

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA:

13.03.18

PARECER:

64 anos
Assia AP
Assia Cardiopatia
Assia angina / dispnéia
cardíaca / Htns. 97
AP 16
ECG não encontrado
Cd: ① ECG

Dr. Lucas Gonçalves
Cl. Médica / Cardiologia
CRM-PI 1000

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

A: 13.03.2018

11 - HGV

SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
O VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4

NOME:

INCLUSO NOME DE JOÃO

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Oftalmologia

À CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

pos ECG

DATA:

14/03/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

MEGA VAL DUM

SE QUEIXA CARDIOPATIA

Nonocárdica recente

ECG = Normal

Baixo Risco para procedimento
Oftalmológico

DATA:

14/03/18

Dr. Antônio José de Jesus
C. 230-4
Cirurgião

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

EM 23/03/18

Edna Maria de Fátima Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019066-0

Paciente: 347443 - FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Idade: 64

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Conselho / Número Cons.: CRM 2798

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 598074

Leito: CLICIR II RUE ENF-230 Admissão: 12/03/2018 18:06

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 396230 (FECHADO)

Responsável: ROZIRENE ARAUJO SILVA - COREN 339320 /

Data de Referência:

23/03/2018

ENFERMAGEM

Data/Hora do Documento:

23/03/2018 10:33

EVOLUI COM H.D.A. FRAT. UMIERO E NO 7º DPO+ 2º DPO DE UMIERO: SEGUE LÚCIDO, EUPNÉICO, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM APORTE DE O2. FÁSICA, PELE E MUCOSAS CORADAS. REPOUSO AO LEITO, ABDOME SIMÉTRICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. FO EM BOM ASPECTO. DIETA V.O ACEITANDO PARCIALMENTE. DIURESE ESPONTANEA PRESENTE.

ROZIRENE ARAUJO SILVA
COREN 339320

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040

Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

598024

Prontuário: 347443 **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Endereço: AV NEGÓ TEIXEIRA

0 CENTRO

Cidade: AGUA BRANCA

UF:PI CEP: 64460-970

Sexo: M DT. Nasc: 13/09/1953 (Idade: 64 Anos 5 Meses 27 Dias Estado Civil: S Profissão: APOSENTADO

Cadastro: 12/03/2018 Telefone: 86 9993.55646 Cartão SUS: 898005143432601 CPF: 18443877200

Pai: ZACARIAS TITO ALVES DE SOUSA

Mãe: MARIA TERESA DE SOUSA

Cônjuge:

Responsável: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

Endereço: ADALBERTO SANTANA

0 CENTRO

Cidade: 3159

UF:PI CEP: 64460-970

Jesus

Funcionário do SAME:

Queixa Principal:

Dores no ombro

(E)

H.D.A.

Paciente com fratura diáfise umero

(E)

Ant. Pessoais:

Nega

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Nega

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

fratura diáfise umero

(E)

Plano Terapêutico:

Osteossintese

Data / Hora: / / :

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Justino, Cécio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 1312

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/09/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 01500592



FRANCISCO ALVES DE
SOUZA

Data do Estudo: 2018-03-

13

ID do Paciente: 347443

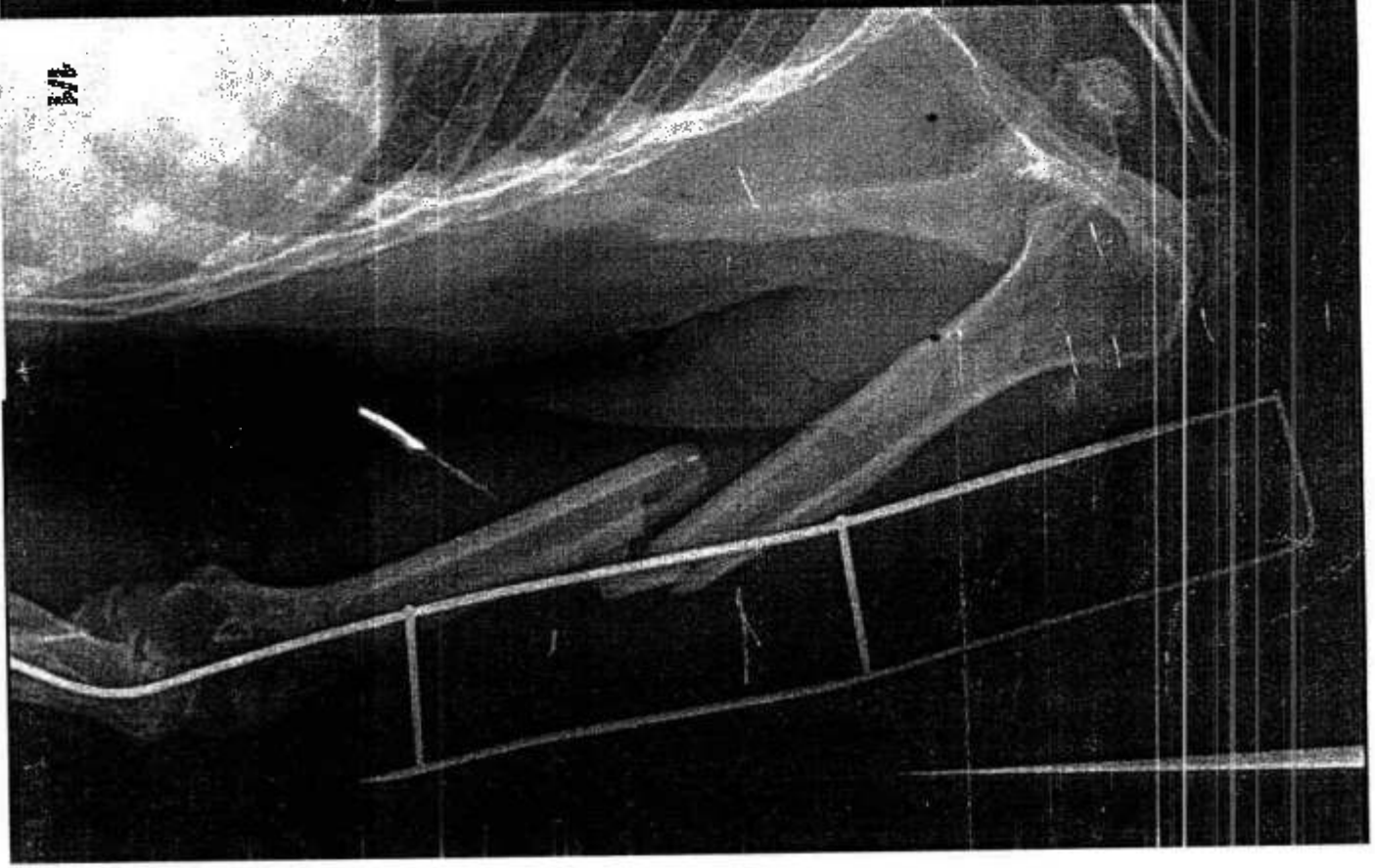
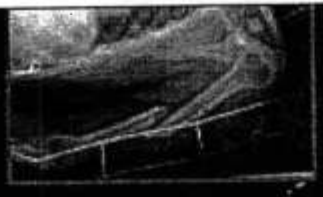
ID do

Estudo: S-JEPR2NU5.1

Study Description:: Úmero

Serie Descrição

1 AP



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Euna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT 012066-2

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Estudo: 2018-03-13

ID do Paciente: 347443

ID do

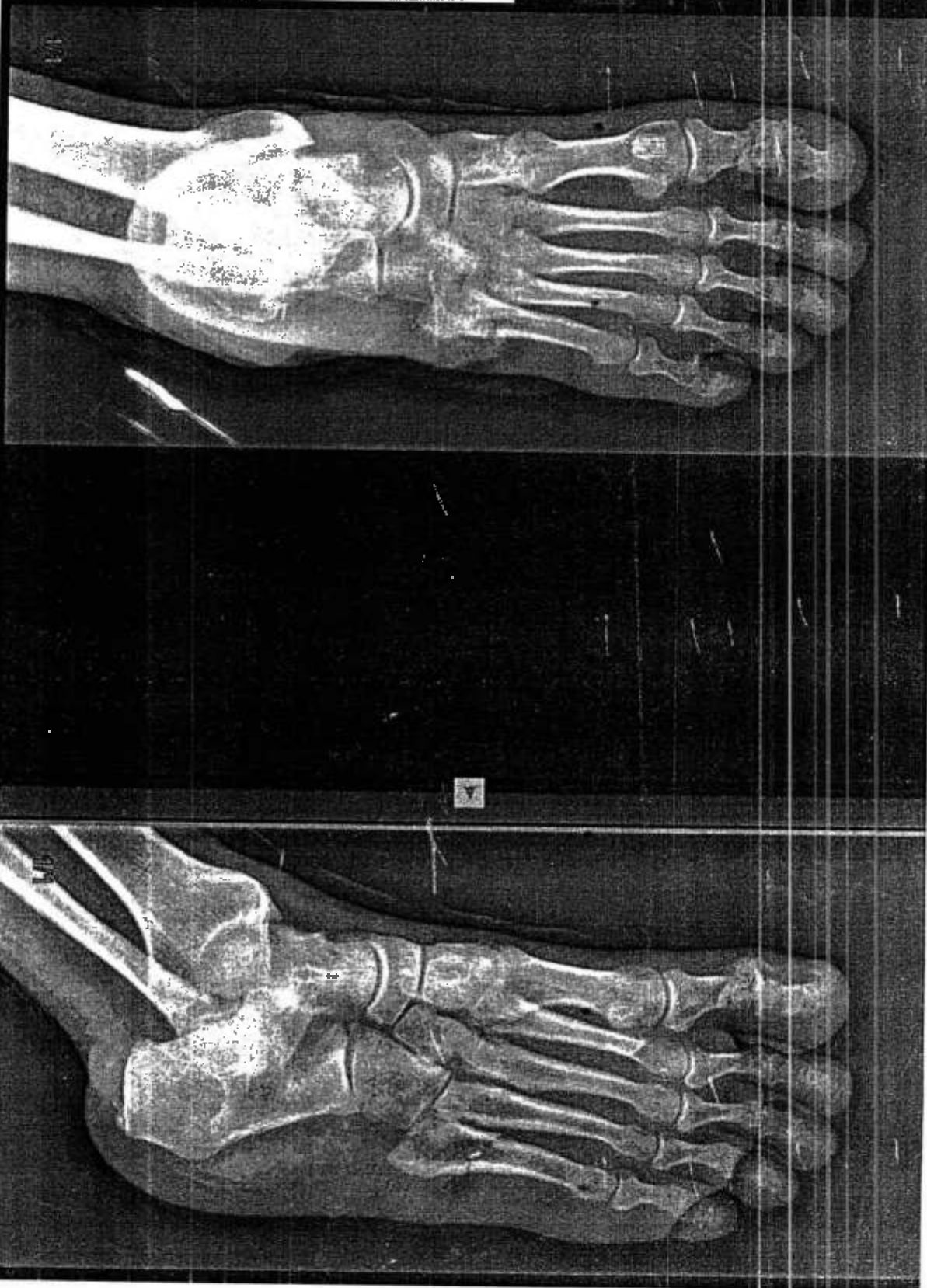
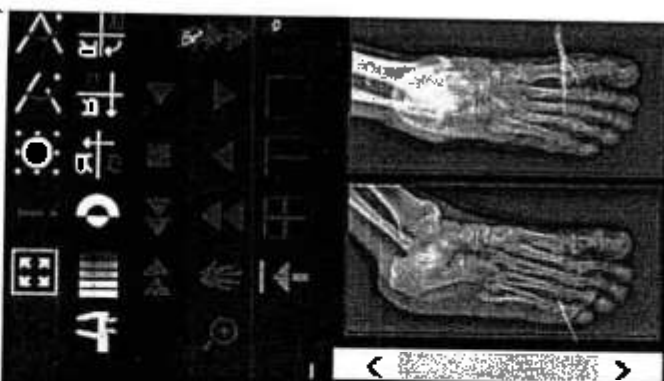
Estudo: S-JEP7FET.1

Study Description: Pé D

Serie Descrição

1 AP

2 Obliqua

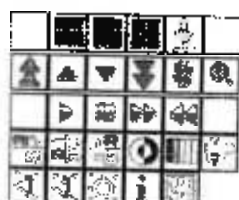
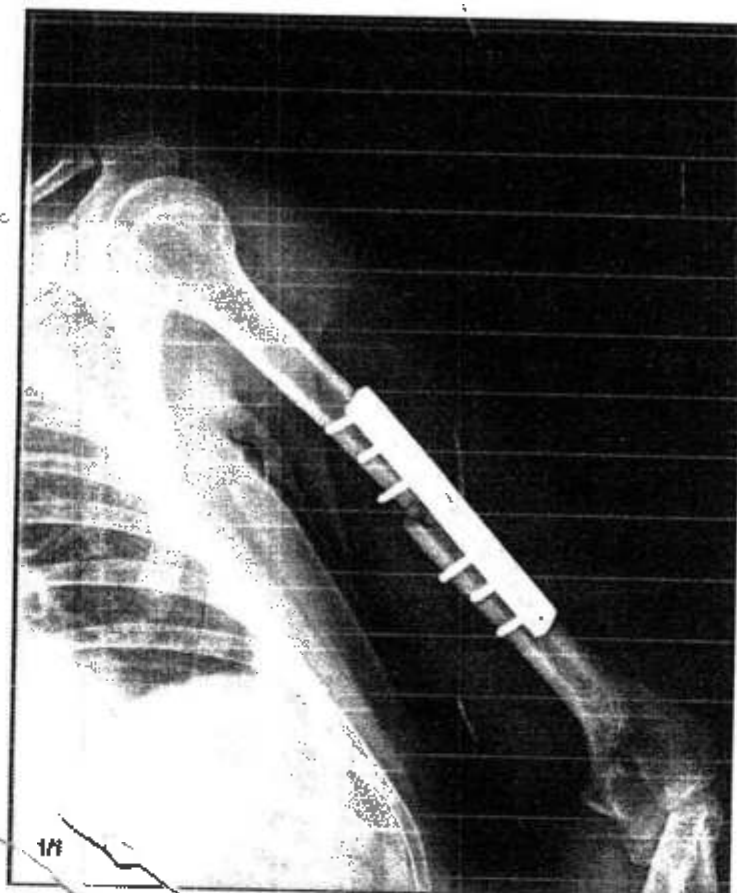


HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/18
Eduarda Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019086-0



FRANCISCO ALVES DE
MORAES
Data do Estudo: 2018-03-
21
ID do Paciente: 241213
ID do
Estudo: 1.3.46.670.1
Qualificação: Ombro

Imagem: Descrição
1.3.46.670.1



<http://192.168.1.6/digiweb/digiweb.php?requestType=WADO&studyUTD=1.3.46.670...> 05/05/2018

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/05/18
Edna Maria Andrade Silva
COORDENADORA DE PRONTUÁRIO: 0100017



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Cirurgia II

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**

Prontuário: **347443**

Atendimento: **598024**

Dt. Nasc.: **13/09/1953**

Idade: **64a 6m 1d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **91582**

Data Pedido: **13/03/2018**

Médico Solicitante: **THEMISTOCLES RAMOS NETO**

Sector Solicitante: **CL. CIRURGICA II**

Unid. Internação / Leito: **CL. CIRURGICA II / CIRII230**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

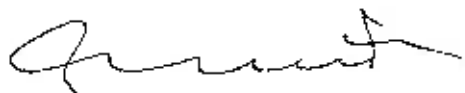
Cód. Procedimento: **02.04.06.015-0**

Data do Laudo: **14/03/2018**

RADIOGRAFIA DE PE DIREITO

RELATÓRIO:

- Fraturas completas recentes na falange proximal do hallux e no 5º metatarso.
- Edema de partes moles.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria de Jesus Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO (MAT 010065-0)



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 64000000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Prontuário: 347443

Atendimento: 598024

Dt. Nasc.: 13/09/1953

Idade: 64a 5m 30d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: 91582

Data Pedido: 13/03/2018

Médico Solicitante: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Setor Solicitante: CL. CIRURGICA II

Unid. Internação / Leito: CL. CIRURGICA II / CIRII230

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.04.005-1

Data do Laudo: 14/03/2018

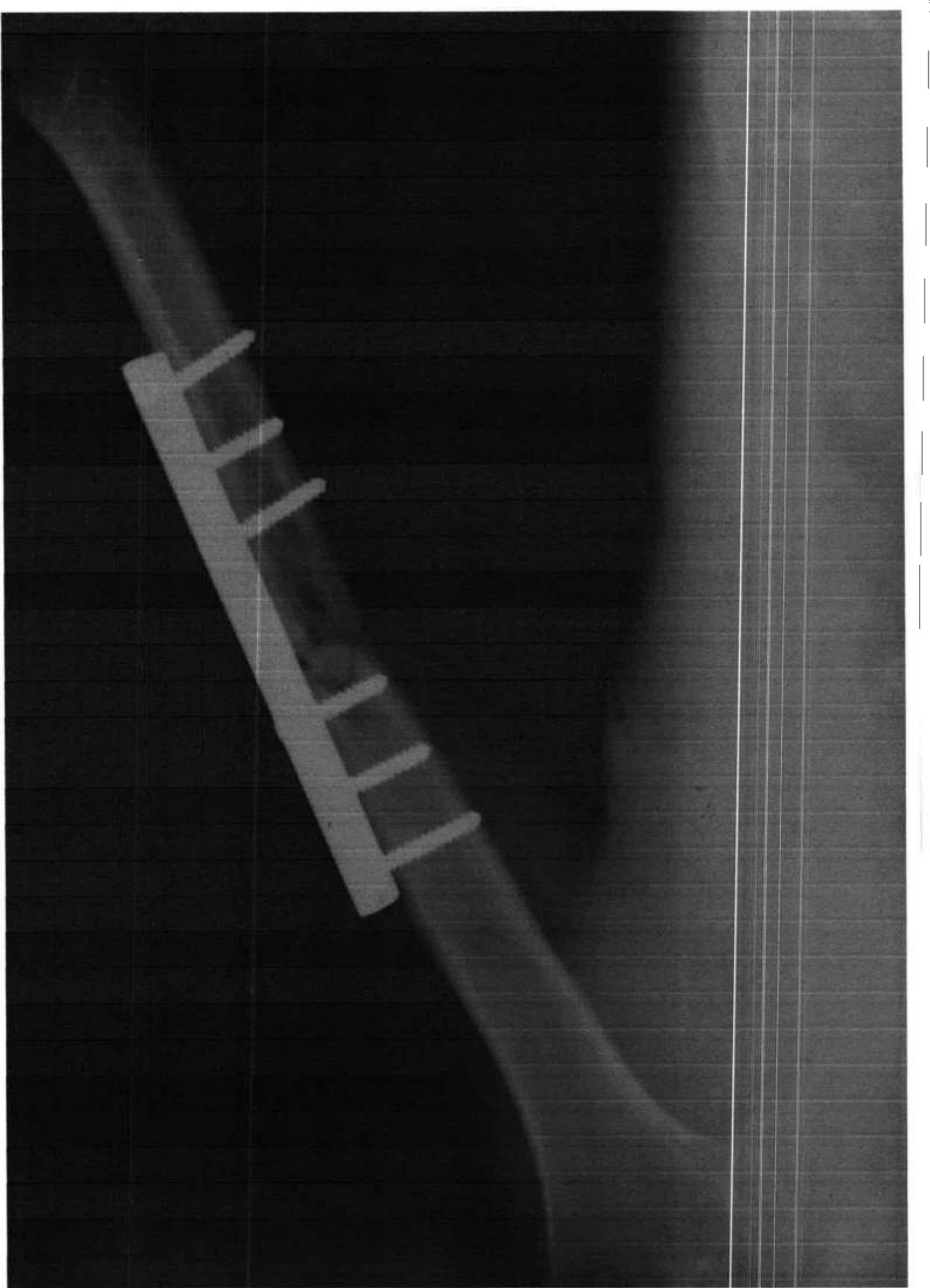
RADIOGRAFIA DE Umero ESQUERDO

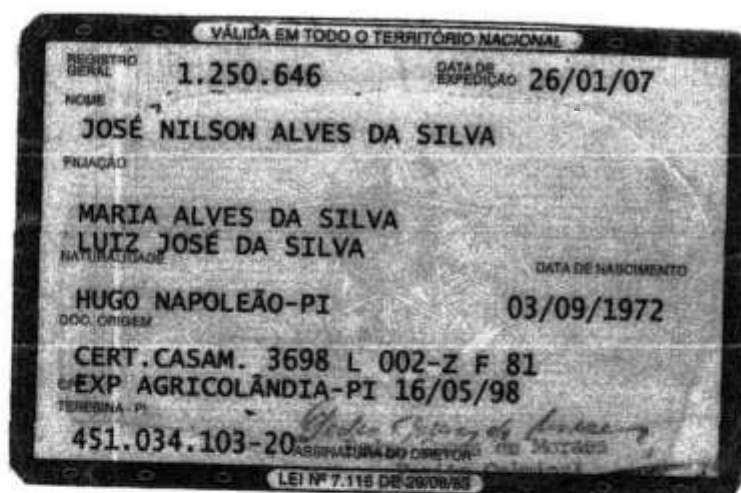
RELATÓRIO

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise umeral.
- Edema de partes moles.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 23/03/18
Eduarda Maria Andrade Silva
Cópia de Prontuário / MAT: 010685-2





CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DEVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal: 7 Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Vigência especial de inscrição autorizada pela SFAZ/PA 194

9º da Nota Fiscal: 016589475
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 18.438 de 16 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	24/01/2019	128	122,17

JOSE NILSON ALVES DA SILVA
AV. GETULIO VARGAS 780 130 POEIRA
CPF: 00045103410320
CEP: 64.460-000 - AGUA BRANCA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	37795	Classificação:	Residencial	Atual:	17/01/2019
Anterior:	37667	Ligação:	Normal	Anterior:	21/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Método de Medição:	FCAM	Próxima Leitura:	18/02/2019
Consumo Medido:	128	Código Pat:	1.1.1.1	Exatidão:	16/01/2019
Consumo Faturado:	128	Méda T2 Retas:	128	Apresentação:	17/01/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classificação:	Residencial
Ligação:	Normal
Método de Medição:	FCAM
Código Pat:	1.1.1.1
Méda T2 Retas:	128

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/18	157	CONSUMO	128 A R\$ 0,862958 = 110,45
NOV/18	190	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,52
OUT/18	196	CORRECAO MONETARIA EG 11/18-00	0,26
SET/18	186	MULTA POR ATRASO 11/18-00	3,09
AGO/18	180	JUROS POR ATRASO 11/18-00	1,85
JUL/18	147		
JUN/18	131		
MAI/18	141		
ABR/18	139		
MAR/18	131		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
A 128 - 0,620668			

REMESSAS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano: 12/2018 Valor R\$: 152,97

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/02/2019. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPARAÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,05	Base de Cálculo:	110,45
Energia:	44,51	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,53	Valor do ICMS:	24,29
Encargos:	4,75	Valor do PIS:	1,12
Tributos:	30,61	Valor do COFINS:	5,20

INDICAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO	
8,06	16,12
32,23	4,59
9,19	18,37
4,48	0,00
0,00	0,00
11/2018 55,41	

SEU CÓDIGO		TOTAL A PAGAR - R\$	
0213676-7		122,17	
MÊS FATURADO		VENCIMENTO	
01/2019		24/01/2019	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

9º da Nota Fiscal: 016589475 FCAM

83660000001 9 22170017000 6 000000000213 9 67670119008 1

SEQ.: 00058 UC: 0213676-7 DT. LEIT.: 17/01/2019 T. ENTR.: 0.
LEITURA: 37795 NORMAL TOTAL: 122,17 CARGA: A01
DT. VENC.: 24/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2431

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
12 FEV 2019
DPVAT

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor Cuidado	Crédito Débito
13/12	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				5.236,73D
21/12	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				5.236,73C
24/12	ESTORNO AUTOMÁTICO DE ANUIDADE				3,88C
14/12	AJUSTE CRED PARC SJ JUROS				0,82C
14/12	AJUSTE CRED PARC SJ JUROS				0,82C
31/12	AJUSTE CREDITO PARC LOJISTAA				0,62C
	Subtotal Nacional				3,94C

JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
RUA SETE SETEMBRO 244
CENTRO
64325000 ELESBAO VELOSO - PI

Demonstrativo do Programa de pontos Caixa

Parque	Parque da Fatura	Fatura da Caixa	Pontos da Caixa	Exercício / Anos	Pontos Resgatados	Pontos a receber
14385	01	1.00	0	491	0	1886

Encargos

Encargos	Para o Período	Mais Próximo Período
ATA	2,00% a.m.	
TRA	5,00% a.m.	
RECALCULO COM JUROS	5,00% a.m.	
T PARCELADO COM JUROS	5,00% a.m.	
RECALCULO DE FATURA	0,00% a.m.	
T PARCELADO	0,64% a.m.	

Quota de Crédito

Quota de Crédito	Para o Período	Mais Próximo Período
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	16,80% a.m.	12,80% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	10,00% a.m.	12,80% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,00% a.m.	15,00% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	10,00% a.m.	12,80% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.
QUOTA DE PAGAMENTO MÍNIMO	11,42% a.m.	13,42% a.m.

Resumo de Crédito

Resumo de Crédito	Valor
ITENS INCLUIR DE CREDITO TOTAL	R\$ 5.200,00
ITENS INCLUIR PARA SAQUE CASH	R\$ 1.000,00
ITENS INCLUIR COMP PARCELADA	R\$ 5.200,00
ITENS INCLUIR SAQUE CASH INTERN	R\$ 1.000,00
Saldo de compras parceladas a vencer	R\$ 2.568,85
Saldo de Crédito Utilizado	R\$ 5.048,85

CAIXA 104-0

10498.18824 62000.100842 06183.001129 4 000000000000

Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
RUA SETE SETEMBRO 244 CENTRO - 64325000 - ELESBAO VELOSO - PI

CPF/CNPJ do Pagador: 27188897200

Nome do Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000

Valor do Documento: 2.480,24

Endereço do Beneficiário: Rua Sete Setembro 244, Centro, ELESBAO VELOSO - PI, CEP: 64325-000

CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000

Endereço do Beneficiário: Rua Sete Setembro 244, Centro, ELESBAO VELOSO - PI, CEP: 64325-000

CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000

CAIXA 104-0

10498.18824 62000.100842 06183.001129 4 000000000000

Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
RUA SETE SETEMBRO 244 CENTRO - 64325000 - ELESBAO VELOSO - PI

CPF/CNPJ do Pagador: 27188897200

Nome do Beneficiário: JOSE SANDRO PALHARES DA SILVA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000

Valor do Documento: 2.480,24

Endereço do Beneficiário: Rua Sete Setembro 244, Centro, ELESBAO VELOSO - PI, CEP: 64325-000

CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000

Endereço do Beneficiário: Rua Sete Setembro 244, Centro, ELESBAO VELOSO - PI, CEP: 64325-000

CPF/CNPJ do Beneficiário: 000000000000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190120806 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DO HÁLUX DIREITO.
FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (ÚMERO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO HÁLUX DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190120806 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DO HÁLUX DIREITO.
FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (ÚMERO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO 1º OFÍCIO
WILSON BARBOSA PEREIRA
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 671, CENTRO
CEP. 64.430.000-SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI. Fone: 3280-1133
Cart.wilsonbarbosa@hotmail.com

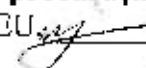
LIVRO Nº 056

FOLHAS: 199

1º TRASLADO

OUTORGANTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

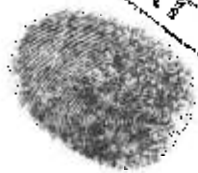
OUTORGADA: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

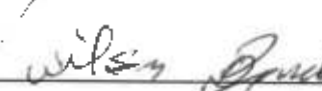
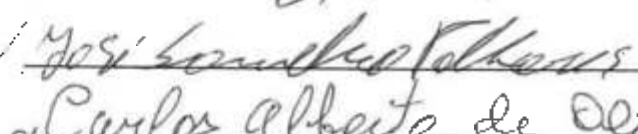
SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezenove (2019) aos 30 de janeiro do dito ano, nesta cidade de São Pedro do Piauí, Estado do Piauí, em Cartório sito à Avenida Presidente Vargas, Nº671, compareceu **FRANCISCO ALVES DE SOUSA**, brasileiro, maior, solteiro, lavrador, RG. 4.498.818-SSP/PI; CPF. 184.438.772-00, residente na Fz São Francisco, s/n, Lagoinha do Piauí-PI. Reconhecido pelo próprio por mim Tabelião e com as testemunhas adiante assinada e pelos documentos que me foram apresentados, por ele me foi dito que, por este público instrumento e nos termos de direito, nomeia e constitui sua bastante procuradora **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**, brasileira, maior, solteira, RG. 1.651.371-SSP-PI; CPF. 849.394.433-53, residente na Rua 7 de Setembro, 244, Flesbão Veloso-PI. **PODERES:** - Para que a outorgada proceda com requerimento e/ou acompanhamento de processo de solicitação do seguro DPVAT, junto a qualquer Seguradora, em especial junto à seguradora LÍDER, em decorrência do acidente de trânsito; podendo ainda a seguradora LÍDER dos consórcios do Seguro DPVAT, efetuar o crédito na conta do BANCO DO BRASIL S/A, Agência. 3827, Conta: 013.00025203-0. Como também declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal IML, porque na cidade em que resido não existe IML. A referida procuradora tem poderes para contratar advogado, propor ação, assinar termos, declarações, requerimentos, documentos afins, apresentar e/ou solicitar documentos e o que mais preciso for, efetuar saques de quantias em dinheiro do seguro, junto à seguradora, ou em qualquer agência Bancária autorizada, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, o que tudo dará por bom, firme e valioso. Assim disse e dou fé. A pedido das partes lavrei esta que lida vai assinada com as testemunhas que são: Jose Sandro Palhares, RG 1.078.875-PI e Carlos Alberto de Oliveira, RG.687.411-PI, brasileiros, maiores. A 1ª testemunha assina a rogo do outorgante por não ser alfabetizado. Os dados do presente mandato foram fornecidos pelo outorgante, razão pela qual este se responsabiliza por sua correção e autenticidade. O Cartório resguarda de Não corrigir erros materiais advindos de informações prestadas pelas partes, o outorgante responde civil e criminalmente pelos poderes concedidos nesta procuração. ASS. WILSON BARBOSA PEREIRA, impressão digital do outorgante e testemunhas. EU  Tabelião.

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 30 DE JANEIRO DE 2019.



DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051335/19

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF: 184.438.772-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

FRANCISCO ALVES DE SOUSA : 184.438.772-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190120806

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190120806

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025203-0

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Ficha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Reg (DDD):

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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

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 (103)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25-203

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, titular do crédito, reconheço e deixo, 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.

Permito que a Seguradora LIDER, para o prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentemente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica que resultará no direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

12 FEV 2019

DPVAT

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 pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, após a análise da indenização do Seguro DPVAT por morte, a indenização será paga aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem que são os únicos parentes vivos, de qualquer ordem ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal, por infração do artigo 175 do Código Penal.

Local e Data:

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: José Nelson Alves da Silva

CPF: 451.034.103-20

Assinatura

2ª Nome: José Nilton Alves da Silva

CPF: 331.688.833-05

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 3 (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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA

DATA: 01/02/2019

HORA: 10:01:47

TERMINAL: 30271005

CONTROLE: 302710050225

AGENCIA: 3027 - AGUA BRANCA

CONTA: 013.00025203-0

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC

HISTÓRICO

VALOR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 040/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: APC MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 07/02/2019-11:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 25/07/2018-06:00/
Município: BARRO DURO-PI Bairro: CENTRO
Endereço: PI-

OLHO D'ÁGUA A BARRO DURO-PI
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Documentos: RG: 4.498.818 SSP-PI; CPF: 184.438.772-00
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: ALTO LONGA-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Nascimento: 13/09/1953
Filiação: MARIA TERESATITO DE SOUSA/Z'ACARIAS
TITO ALVES DE SOUSA
Endereço: FAZENDA SÃO FRANCISCO
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL
Município: BARRO DURO-PI
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN KS
- Ano/Modelo: 2001/2001
- Cor: PRATA
- Placa: LVY7154
- Chassi: 9C2JC30101R100985
- Renavam: 1959951353
- Proprietário: VICENTE VITURINO DE SOUSA FILHO

Narrativa:

Declara o noticiante-condutor que se envolveu em acidente automobilístico provocado, devido a perda do controle da motocicleta, em face da luz alta do veículo que vinha em sentido contrário, causando inúmeras lesões corporais como quebra do braço esquerdo e pé direito, além de inúmeras escoriações.

APC MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Ficha(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Região (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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 (103)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25.203

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informado, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, titular do crédito, reconheço e deixo, 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.

Recebo e reconheço, sob a pena de anulação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em mo submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentemente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica que resultará no direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

12 FEV 2019

DPVAT

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:

Gráu 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 pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder, após a análise da indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provar que não são beneficiários, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

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: José Nelson Alves da Silva

CPF: 451.034.103-20

Assinatura

2ª Nome: José Nilton Alves da Silva

CPF: 331.688.833-05

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 3 (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.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AGUA BRANCA

DATA: 01/02/2019

HORA: 10:01:47

TERMINAL: 30271005

CONTROLE: 302710050225

AGENCIA: 3027 - AGUA BRANCA

CONTA: 013.00025203-0

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRAIO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC

HISTÓRICO

VALOR

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Data Nasc: 13/09/1953
Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA
PAI: ZACARIAS TIPO ALVES DE SOUSA
Sexo: Masc ☒ Feminino ☐ Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200706
Endereço completo: AV. NÉCIO TEIXEIRA, 90 Nº. _____
Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000
Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONGA UF PI

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS (OBRIGATÓRIO) Nº. 898005143432601
☒ RG Nº 4498838 ORGÃO EMISSOR: SSPPS DATA EMISSÃO: 30/11/2016
☐ CPF: Nº. _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº. _____ LIVRO: _____
NOME DO CARTORIO: _____

Histórico Clínico:

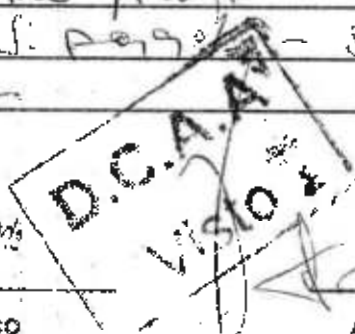
Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há queixas. Não há sinais de infecção. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos.

Exames Físicos: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há queixas. Não há sinais de infecção. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos.*

Hipótese Diagnóstica: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há queixas. Não há sinais de infecção. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos.*

Tratamento Solicitado: *Exame físico realizado em 13/09/2018. Paciente em boas condições de saúde. Não há queixas. Não há sinais de infecção. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos. Não há alterações de função de órgãos.*

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM 3675



Água Branca (PI), 25/02/2018

Assinatura e Carimbo Médico

Ass. do Paciente ou impressão digital

O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025203-0

Nr. da Autenticação C9C7DB8E8F10418A

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-240 | Insc. Estadual: 19.201.703-5
Nº de Licença: 7/2014 de Energia Elétrica - Série B-1
Paga-se a partir do momento da emissão pelo 12M7 08/10

Nº da Nota Fiscal: 016023901

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 12.431 de 26 de abril de 2012

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	14-01-2019	100	21,10

HOSYON ALVES DA ANUNCIACAO
FZ SAO FRANCISCO S/N LAGOINHA B-RURAL
CPF: 00019306315334
CEP: 64.465-000 - LAGOINHA DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA	kWh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	39386	Atual:	08/01/2019
Anterior:	39286	Anterior:	07-12-2018
Consumo de Multiclição:	1.000	Próxima Leitura:	06-02-2019
Consumo Medidor:	100	Emissão:	04-01-2019
Consumo Faturado:	100	Apresentação:	08-01-2019
	NORMAL		32

Classe/Subclasse	Ligação	Nome do Medidor	Posto	Código Fiel	Mês de 12 meses
RURAL					

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês de consumo	
DEZ/18 113	CONSUMO 100 A R\$ 0,604068 = 60,40
NOV/18 20	DESCONTO IMPORTE (SEM ICMS) 39,30-
OUT/18 123	
SET/18 96	
AGO/18 125	
JUL/18 70	
JUN/18 49	
MAI/18 40	
ABR/18 35	
MAR/18 121	
FEV/18 100	
JAN/18 100	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
12/2018	26,55
<p>Informamos que a sua fatura de vencimento de 12/2018, no valor de R\$ 26,55, em função das contas fechadas nesta data, não apresenta nenhuma alteração, e não apresenta nenhuma alteração,</p>	

RESERVAÇÃO AO FISCAL FDE9.FEB4.9859.F556.8476.9DB2.FB8A.673E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 12,61	Boleto de Cálculo: 60,40
Energia: 24,35	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,12	Valor do ICMS: 13,28
Encargos: 2,59	Valor do PIS: 0,61
Tributos: 16,73	Valor do COFINS: 2,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE
8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,48
0,00 0,00 0,00

SAO PEDRO DO PIAUÍ

8363000000 4 21100017000 4 00000000442 4 58630119008 6



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEV 2019

DPVAT

TIM S.A.
Rua Elsonora Nogueira, 1924
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 07.421.421/0004-05 - I.E.: 19.444.5895
CNPJ da Matriz: 07.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 146,18

VENCIMENTO

25/11/2018

EMISSÃO 07/11/2018

POSTAGEM 13/11/2018

FATURA: 0578700001

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

CLIENTE: 15462000

CPF/CNPJ: 84099999999

ACESSO: 86 98999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

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

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

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,92
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 0,54
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,73

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

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 139,99
-	-	7/12	31	07/10 a 06/11	R\$ 4,92
10GB	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
Ilimitado	202m00s	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,73
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54
-	-	1	31	07/10 a 06/11	R\$ 0,54

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

12 FEV 2019

DPVAT

IMPOSTO TIM S.A.
ITEMS
PIS/COFINS - Serviços de Telecom
PIS/COFINS - Serviços de Telecom

ALÍQUOTA
30%
3,65%
9,25%

BASE DE CÁLCULO
R\$ 105,77

VALOR
R\$ 32,03

FUNFTE
R\$ 0,70

FUNFTE
R\$ 0,70

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)

SVA

Desconto(s) Franquia(s)

Desconto(s) SVA

Em atendimento a Lei 12.741/2012
As contribuições ao SUS (1%) e FUNDEF (0,3%) não são responsáveis às tarifas

TIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe 1m bônus de internet por mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
NOV/2018

DATA DE EMISSÃO
07/11/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/11/2018

VALOR
R\$ 146,18

84680000001 - 6

46180103011 - 3

00357876560 - 8

30121536776 - 6

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)

Capitals 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

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/B2S/LOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pela exposta, eu Adriana Carla de Sousa Silva

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

Francisco Alves de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 184.438.772 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Francisco Alves de Sousa

inscrito (a) no CPF sob o nº 184.438.772 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>2441</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestria Veloso</u>	Estado: <u>Paraíba</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.305-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestria Veloso, Paraíba 07.02.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

