

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 10h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Gláucio Vitorino de Souza 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 PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) l

Avenida João Goulart nº 354

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

menção (do áforal) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima.

Francisco Alves rode Sausa, cujo o condutor era

Frances Alves de Souza

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 titan KS Ano: 2001 / 2001

Placa: Luy-7154 Chassi: 9C23C30101R100985

Data do Acidente: 25/02/18

PI CORRETORA
DE SEGUROS

Local e Data: _____

12 FEB 2019

Alcorta Historico de Sausa Gilho

Assinatura do Declarante

Vicente Vitorino de Sousa Filho

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

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

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

verso ~~WILSON BARBOSA PEREIRA = TABETIAO.~~



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome (sem abreviações): FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Data Nasc: 23/09/1953

Filiação: MÃE (completo e sem abreviações) MARIA TERESA DE SOUSA

PAI: ZACARIAIS TITO ALVES DE SOUSA

Sexo: Masc Feminino Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200202

Endereço completo: Av. Neco Teixeira, 90 N° _____

Bairro: CENTRO Município: ÁGUA BRANCA CEP: 64460-000

Nacionalidade: _____ Nome do Munic. de Nascimento: ALTO LONDRIN UF PR

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

TIPO: CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS (OBRIGATÓRIO) N°. 898005143432601

RG N° 24498 838 ORGÃO EMISSOR: SSPES DATA EMISSÃO: 30/12/2016

CPF N°: _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO N°: _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____

NOME DO CARTÓRIO: _____

Histórico Clínico:

Conselho na vitória de 2014
do novo presidente da 1º fev 2015
de 2014 a 2015

Exames Físicos: Exame de sangue com resultado normal.
exame de sangue com resultado normal.

Hipótese Diagnóstica: Febre alta de origem não clínica.

Tratamento Solicitado: Analgesico - Dolor 4x100mg
Si. sangue - 500ml

Dr. Francisco Alves de Holanda
Médico
CRM: 2675

D.C.A.
Licitado

Águia 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

Francisco Alves da Silva

PREFEITURA DE
ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE

Data: 26 / 3
Enf: 13 FEB 2013
Leito: 12

P R E S C R I Ç Ã O M É D I C A

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Fratura de úmero (E) #	10:00	União de 10:00
2	Fraturas - Humero + Proximal do braço	10:00	União de 10:00
3	Trabalhando	12:00	
4	Braço doloroso	10:00	
5	Medicamento	10:00	
6	Medicamento	10:00	
7	Medicamento	10:00	
8	Medicamento	10:00	
9	Medicamento	10:00	
10	Medicamento	10:00	
11	Medicamento	10:00	
12	Medicamento	10:00	
13	Medicamento	10:00	
14	Medicamento	10:00	
15	Medicamento	10:00	
16	Medicamento	10:00	
17	Medicamento	10:00	
18	Medicamento	10:00	
19	Medicamento	10:00	
20	Medicamento	10:00	
21	Medicamento	10:00	
22	Medicamento	10:00	
23	Medicamento	10:00	
24	Medicamento	10:00	
25	Medicamento	10:00	
26	Medicamento	10:00	
27	Medicamento	10:00	
28	Medicamento	10:00	
29	Medicamento	10:00	
30	Medicamento	10:00	
31	Medicamento	10:00	
32	Medicamento	10:00	
33	Medicamento	10:00	
34	Medicamento	10:00	
35	Medicamento	10:00	
36	Medicamento	10:00	
37	Medicamento	10:00	
38	Medicamento	10:00	
39	Medicamento	10:00	
40	Medicamento	10:00	
41	Medicamento	10:00	
42	Medicamento	10:00	
43	Medicamento	10:00	
44	Medicamento	10:00	
45	Medicamento	10:00	
46	Medicamento	10:00	
47	Medicamento	10:00	
48	Medicamento	10:00	
49	Medicamento	10:00	
50	Medicamento	10:00	
51	Medicamento	10:00	
52	Medicamento	10:00	
53	Medicamento	10:00	
54	Medicamento	10:00	
55	Medicamento	10:00	
56	Medicamento	10:00	
57	Medicamento	10:00	
58	Medicamento	10:00	
59	Medicamento	10:00	
60	Medicamento	10:00	
61	Medicamento	10:00	
62	Medicamento	10:00	
63	Medicamento	10:00	
64	Medicamento	10:00	
65	Medicamento	10:00	
66	Medicamento	10:00	
67	Medicamento	10:00	
68	Medicamento	10:00	
69	Medicamento	10:00	
70	Medicamento	10:00	
71	Medicamento	10:00	
72	Medicamento	10:00	
73	Medicamento	10:00	
74	Medicamento	10:00	
75	Medicamento	10:00	
76	Medicamento	10:00	
77	Medicamento	10:00	
78	Medicamento	10:00	
79	Medicamento	10:00	
80	Medicamento	10:00	
81	Medicamento	10:00	
82	Medicamento	10:00	
83	Medicamento	10:00	
84	Medicamento	10:00	
85	Medicamento	10:00	
86	Medicamento	10:00	
87	Medicamento	10:00	
88	Medicamento	10:00	
89	Medicamento	10:00	
90	Medicamento	10:00	
91	Medicamento	10:00	
92	Medicamento	10:00	
93	Medicamento	10:00	
94	Medicamento	10:00	
95	Medicamento	10:00	
96	Medicamento	10:00	
97	Medicamento	10:00	
98	Medicamento	10:00	
99	Medicamento	10:00	
100	Medicamento	10:00	
101	Medicamento	10:00	
102	Medicamento	10:00	
103	Medicamento	10:00	
104	Medicamento	10:00	
105	Medicamento	10:00	
106	Medicamento	10:00	
107	Medicamento	10:00	
108	Medicamento	10:00	
109	Medicamento	10:00	
110	Medicamento	10:00	
111	Medicamento	10:00	
112	Medicamento	10:00	
113	Medicamento	10:00	
114	Medicamento	10:00	
115	Medicamento	10:00	
116	Medicamento	10:00	
117	Medicamento	10:00	
118	Medicamento	10:00	
119	Medicamento	10:00	
120	Medicamento	10:00	
121	Medicamento	10:00	
122	Medicamento	10:00	
123	Medicamento	10:00	
124	Medicamento	10:00	
125	Medicamento	10:00	
126	Medicamento	10:00	
127	Medicamento	10:00	
128	Medicamento	10:00	
129	Medicamento	10:00	
130	Medicamento	10:00	
131	Medicamento	10:00	
132	Medicamento	10:00	
133	Medicamento	10:00	
134	Medicamento	10:00	
135	Medicamento	10:00	
136	Medicamento	10:00	
137	Medicamento	10:00	
138	Medicamento	10:00	
139	Medicamento	10:00	
140	Medicamento	10:00	
141	Medicamento	10:00	
142	Medicamento	10:00	
143	Medicamento	10:00	
144	Medicamento	10:00	
145	Medicamento	10:00	
146	Medicamento	10:00	
147	Medicamento	10:00	
148	Medicamento	10:00	
149	Medicamento	10:00	
150	Medicamento	10:00	
151	Medicamento	10:00	
152	Medicamento	10:00	
153	Medicamento	10:00	
154	Medicamento	10:00	
155	Medicamento	10:00	
156	Medicamento	10:00	
157	Medicamento	10:00	
158	Medicamento	10:00	
159	Medicamento	10:00	
160	Medicamento	10:00	
161	Medicamento	10:00	
162	Medicamento	10:00	
163	Medicamento	10:00	
164	Medicamento	10:00	
165	Medicamento	10:00	
166	Medicamento	10:00	
167	Medicamento	10:00	
168	Medicamento	10:00	
169	Medicamento	10:00	
170	Medicamento	10:00	
171	Medicamento	10:00	
172	Medicamento	10:00	
173	Medicamento	10:00	
174	Medicamento	10:00	
175	Medicamento	10:00	
176	Medicamento	10:00	
177	Medicamento	10:00	
178	Medicamento	10:00	
179	Medicamento	10:00	
180	Medicamento	10:00	
181	Medicamento	10:00	
182	Medicamento	10:00	
183	Medicamento	10:00	
184	Medicamento	10:00	
185	Medicamento	10:00	
186	Medicamento	10:00	
187	Medicamento	10:00	
188	Medicamento	10:00	
189	Medicamento	10:00	
190	Medicamento	10:00	
191	Medicamento	10:00	
192	Medicamento	10:00	
193	Medicamento	10:00	
194	Medicamento	10:00	
195	Medicamento	10:00	
196	Medicamento	10:00	
197	Medicamento	10:00	
198	Medicamento	10:00	
199	Medicamento	10:00	
200	Medicamento	10:00	
201	Medicamento	10:00	
202	Medicamento	10:00	
203	Medicamento	10:00	
204	Medicamento	10:00	
205	Medicamento	10:00	
206	Medicamento	10:00	
207	Medicamento	10:00	
208	Medicamento	10:00	
209	Medicamento	10:00	
210	Medicamento	10:00	
211	Medicamento	10:00	
212	Medicamento	10:00	
213	Medicamento	10:00	
214	Medicamento	10:00	
215	Medicamento	10:00	
216	Medicamento	10:00	
217	Medicamento	10:00	
218	Medicamento	10:00	
219	Medicamento	10:00	
220	Medicamento	10:00	
221	Medicamento	10:00	
222	Medicamento	10:00	
223	Medicamento	10:00	
224	Medicamento	10:00	
225	Medicamento	10:00	
226	Medicamento	10:00	
227	Medicamento	10:00	
228	Medicamento	10:00	
229	Medicamento	10:00	
230	Medicamento	10:00	
231	Medicamento	10:00	
232	Medicamento	10:00	
233	Medicamento	10:00	
234	Medicamento	10:00	
235	Medicamento	10:00	
236	Medicamento	10:00	
237	Medicamento	10:00	
238	Medicamento	10:00	
239	Medicamento	10:00	
240	Medicamento	10:00	
241	Medicamento	10:00	
242	Medicamento	10:00	
243	Medicamento	10:00	
244	Medicamento	10:00	
245	Medicamento	10:00	
246	Medicamento	10:00	
247	Medicamento	10:00	
248	Medicamento	10:00	
249	Medicamento	10:00	
250	Medicamento	10:00	
251	Medicamento	10:00	
252	Medicamento	10:00	
253	Medicamento	10:00	
254	Medicamento	10:00	
255	Medicamento	10:00	
256	Medicamento	10:00	
257	Medicamento	10:00	
258	Medicamento	10:00	
259	Medicamento	10:00	
260	Medicamento	10:00	
261	Medicamento	10:00	
262	Medicamento	10:00	
263	Medicamento	10:00	
264	Medicamento	10:00	
265	Medicamento	10:00	
266	Medicamento	10:00	
267	Medicamento	10:00	
268	Medicamento	10:00	
269	Medicamento	10:00	
270	Medicamento	10:00	
271	Medicamento	10:00	
272	Medicamento	10:00	
273	Medicamento	10:00	
274	Medicamento	10:00	
275	Medicamento	10:00	
276	Medicamento	10:00	
277	Medicamento	10:00	
278	Medicamento	10:00	
279	Medicamento	10:00	
280	Medicamento	10:00	
281	Medicamento	10:00	
282	Medicamento	10:00	
283	Medicamento	10:00	
284	Medicamento	10:00	
285	Medicamento	10:00	
286	Medicamento	10:00	
287	Medicamento	10:00	
288	Medicamento	10:00	
289	Medicamento	10:00	
290	Medicamento	10:00	
291	Medicamento	10:00	
292	Medicamento	10:00	
293	Medicamento	10:00	
294	Medicamento	10:00	
295	Medicamento	10:00	
296	Medicamento	10:00	
297	Medicamento	10:00	
298	Medicamento	10:00	
299	Medicamento	10:00	
300	Medicamento	10:00	
301	Medicamento	10:00	
302	Medicamento	10:00	
303	Medicamento	10:00	
304	Medicamento	10:00	
305	Medicamento	10:00	
306	Medicamento	10:00	
307	Medicamento	10:00	
308	Medicamento	10:00	
309	Medicamento	10:00	
310	Medicamento	10:00	
311	Medicamento	10:00	
312	Medicamento		



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

ESTADO DO PIAUÍ

Data: 03/04/14

Ent.

Leito:

Q -

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITÉM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OSSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Perf. brancos		Excesso de cítricos e carboidratos
2	SE 0.9% 1000 ml	11:30	115 kg 120x80
3	Perf. brancos	13:00	100g Tux 369g 100g
4	Perf. brancos	17:00	PA 130/80 mm Hg
5	Perf. brancos		
6	Perf. brancos		
7	Perf. brancos		
8	Perf. brancos		
9	Perf. brancos		
10	Perf. brancos		
11	Perf. brancos		
12	Perf. brancos		
13	Perf. brancos		
14	Perf. brancos		
15	Perf. brancos		
16	Perf. brancos		
17	Perf. brancos		
18	Perf. brancos		
19	Perf. brancos		
20	Perf. brancos		
21	Perf. brancos		
22	Perf. brancos		
23	Perf. brancos		
24	Perf. brancos		
25	Perf. brancos		
26	Perf. brancos		
27	Perf. brancos		
28	Perf. brancos		
29	Perf. brancos		
30	Perf. brancos		
31	Perf. brancos		
32	Perf. brancos		
33	Perf. brancos		
34	Perf. brancos		
35	Perf. brancos		
36	Perf. brancos		
37	Perf. brancos		
38	Perf. brancos		
39	Perf. brancos		
40	Perf. brancos		
41	Perf. brancos		
42	Perf. brancos		
43	Perf. brancos		
44	Perf. brancos		
45	Perf. brancos		
46	Perf. brancos		
47	Perf. brancos		
48	Perf. brancos		
49	Perf. brancos		
50	Perf. brancos		
51	Perf. brancos		
52	Perf. brancos		
53	Perf. brancos		
54	Perf. brancos		
55	Perf. brancos		
56	Perf. brancos		
57	Perf. brancos		
58	Perf. brancos		
59	Perf. brancos		
60	Perf. brancos		
61	Perf. brancos		
62	Perf. brancos		
63	Perf. brancos		
64	Perf. brancos		
65	Perf. brancos		
66	Perf. brancos		
67	Perf. brancos		
68	Perf. brancos		
69	Perf. brancos		
70	Perf. brancos		
71	Perf. brancos		
72	Perf. brancos		
73	Perf. brancos		
74	Perf. brancos		
75	Perf. brancos		
76	Perf. brancos		
77	Perf. brancos		
78	Perf. brancos		
79	Perf. brancos		
80	Perf. brancos		
81	Perf. brancos		
82	Perf. brancos		
83	Perf. brancos		
84	Perf. brancos		
85	Perf. brancos		
86	Perf. brancos		
87	Perf. brancos		
88	Perf. brancos		
89	Perf. brancos		
90	Perf. brancos		
91	Perf. brancos		
92	Perf. brancos		
93	Perf. brancos		
94	Perf. brancos		
95	Perf. brancos		
96	Perf. brancos		
97	Perf. brancos		
98	Perf. brancos		
99	Perf. brancos		
100	Perf. brancos		
101	Perf. brancos		
102	Perf. brancos		
103	Perf. brancos		
104	Perf. brancos		
105	Perf. brancos		
106	Perf. brancos		
107	Perf. brancos		
108	Perf. brancos		
109	Perf. brancos		
110	Perf. brancos		
111	Perf. brancos		
112	Perf. brancos		
113	Perf. brancos		
114	Perf. brancos		
115	Perf. brancos		
116	Perf. brancos		
117	Perf. brancos		
118	Perf. brancos		
119	Perf. brancos		
120	Perf. brancos		
121	Perf. brancos		
122	Perf. brancos		
123	Perf. brancos		
124	Perf. brancos		
125	Perf. brancos		
126	Perf. brancos		
127	Perf. brancos		
128	Perf. brancos		
129	Perf. brancos		
130	Perf. brancos		
131	Perf. brancos		
132	Perf. brancos		
133	Perf. brancos		
134	Perf. brancos		
135	Perf. brancos		
136	Perf. brancos		
137	Perf. brancos		
138	Perf. brancos		
139	Perf. brancos		
140	Perf. brancos		
141	Perf. brancos		
142	Perf. brancos		
143	Perf. brancos		
144	Perf. brancos		
145	Perf. brancos		
146	Perf. brancos		
147	Perf. brancos		
148	Perf. brancos		
149	Perf. brancos		
150	Perf. brancos		
151	Perf. brancos		
152	Perf. brancos		
153	Perf. brancos		
154	Perf. brancos		
155	Perf. brancos		
156	Perf. brancos		
157	Perf. brancos		
158	Perf. brancos		
159	Perf. brancos		
160	Perf. brancos		
161	Perf. brancos		
162	Perf. brancos		
163	Perf. brancos		
164	Perf. brancos		
165	Perf. brancos		
166	Perf. brancos		
167	Perf. brancos		
168	Perf. brancos		
169	Perf. brancos		
170	Perf. brancos		
171	Perf. brancos		
172	Perf. brancos		
173	Perf. brancos		
174	Perf. brancos		
175	Perf. brancos		
176	Perf. brancos		
177	Perf. brancos		
178	Perf. brancos		
179	Perf. brancos		
180	Perf. brancos		
181	Perf. brancos		
182	Perf. brancos		
183	Perf. brancos		
184	Perf. brancos		
185	Perf. brancos		
186	Perf. brancos		
187	Perf. brancos		
188	Perf. brancos		
189	Perf. brancos		
190	Perf. brancos		
191	Perf. brancos		
192	Perf. brancos		
193	Perf. brancos		
194	Perf. brancos		
195	Perf. brancos		
196	Perf. brancos		
197	Perf. brancos		
198	Perf. brancos		
199	Perf. brancos		
200	Perf. brancos		
201	Perf. brancos		
202	Perf. brancos		
203	Perf. brancos		
204	Perf. brancos		
205	Perf. brancos		
206	Perf. brancos		
207	Perf. brancos		
208	Perf. brancos		
209	Perf. brancos		
210	Perf. brancos		
211	Perf. brancos		
212	Perf. brancos		
213	Perf. brancos		
214	Perf. brancos		
215	Perf. brancos		
216	Perf. brancos		
217	Perf. brancos		
218	Perf. brancos		
219	Perf. brancos		
220	Perf. brancos		
221	Perf. brancos		
222	Perf. brancos		
223	Perf. brancos		
224	Perf. brancos		
225	Perf. brancos		
226	Perf. brancos		
227	Perf. brancos		
228	Perf. brancos		
229	Perf. brancos		
230	Perf. brancos		
231	Perf. brancos		
232	Perf. brancos		
233	Perf. brancos		
234	Perf. brancos		
235	Perf. brancos		
236	Perf. brancos		
237	Perf. brancos		
238	Perf. brancos		
239	Perf. brancos		
240	Perf. brancos		
241	Perf. brancos		
242	Perf. brancos		
243	Perf. brancos		
244	Perf. brancos		
245	Perf. brancos		
246	Perf. brancos		
247	Perf. brancos		
248	Perf. brancos		
249	Perf. brancos		
250	Perf. brancos		
251	Perf. brancos		
252	Perf. brancos		
253	Perf. brancos		
254	Perf. brancos		
255	Perf. brancos		
256	Perf. brancos		
257	Perf. brancos		
258	Perf. brancos		
259	Perf. brancos		
260	Perf. brancos		
261	Perf. brancos		
262	Perf. brancos		
263	Perf. brancos		
264	Perf. brancos		
265	Perf. brancos		
266	Perf. brancos		
267	Perf. brancos		
268	Perf. brancos		
269	Perf. brancos		
270	Perf. brancos		
271	Perf. brancos		
272	Perf. brancos		
273	Perf. brancos		
274	Perf. brancos		
275	Perf. brancos		
276	Perf. brancos		
277	Perf. brancos		
278	Perf. brancos		
279	Perf. brancos		
280	Perf. brancos		
281	Perf. brancos		
282	Perf. brancos		
283	Perf. brancos		
284	Perf. brancos		
285	Perf. brancos		
286	Perf. brancos		
287	Perf. brancos		
288	Perf. brancos		
289	Perf. brancos		
290	Perf. brancos		
291	Perf. brancos		
292	Perf. brancos		
293	Perf. brancos		
294	Perf. brancos		
295	Perf. brancos		
296	Perf. brancos		
297	Perf. brancos		
298	Perf. brancos		
299	Perf. brancos		
300	Perf. brancos		
301	Perf. brancos		
302	Perf. brancos		
303	Perf. brancos		
304	Perf. brancos		
305	Perf. brancos		
306	Perf. brancos		
307	Perf. brancos		
308	Perf. brancos		
309	Perf. brancos		
310	Perf. brancos		
311	Perf. brancos		
312	Perf. brancos		
313	Perf. brancos		
314	Perf. brancos		
315	Perf. brancos		
316	Perf. brancos		
317	Perf. brancos		
318	Perf. brancos		
319	Perf. brancos		
320	Perf. brancos		
321	Perf. brancos		
322	Perf. brancos		
323	Perf. brancos		
324	Perf. brancos		
325	Perf. brancos		
326	Perf. brancos		
327	Perf. brancos		
328	Perf. brancos		
329	Perf. brancos		
330	Perf. brancos		
331	Perf. brancos		
332	Perf. brancos		
333	Perf. brancos		
334	Perf. brancos		
335	Perf. brancos		
336	Perf. brancos		
337	Perf. brancos		
338	Perf. brancos		
339	Perf. brancos		
340	Perf. brancos		
341	Perf.		



GOVERNO
DO PIAUÍ

SENHA: 2018022549478

ortopedios - cirurgico II
Data - 23/04

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 - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA: 25/04/13 HORA: 10:25 N° DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: HNSA/MAV MUNICÍPIO: Águia Branca
MÉDICO: Dr. Holanda CRM: 2075

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatra () Outro
CID: 542.7

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Fromino Alves de Britto Souza Pinho - 0408020334
Data de Nascimento: 13.08.53 Idade: _____ anos Sexo: Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: 99800514343.2601

Município de Procedência: Águia Branca - PI

HDA: *Acidente - Vítima de acidente de moto - Foi levado para o Hospital de Águia Branca - Apresentava deambulação desorientada e descoordenada - Foi encaminhado para o Hospital de Águia Branca - PI.*

HD: Fratura do úmero esquerdo CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

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: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rx de úmero esquerdo

Assinatura e carimbo do Médico
Dr. Holanda CRM: 2075

HGV/SERVIÇO SOCIAL
Autorizo abertura de portaria
Teresina, 12/02/2018
M. Holanda

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: H.G.V.

Senha: 2018022549478 Data: 12.FEV.2018

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRME COM ORIGINAIS
EM 23/02/2018
ENDERÉSOS: Rua: MAIS, 01000-000
CÓPIA DA PRIMEIRA FOLHA: 01000-000
SIGLA: 01000-000

347

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

230-4

Francisco Alves de SOUSA

TE. 20.07.18

MAIO 2018

Dre T hemistocles

INTERNAÇÃO REGULAÇÃO

PRONTUÁRIO MÉDICO

31/05/18
AUDITÓRIA
X5 CONFERENCIA
03/06/18

ALTA EFETIVADA NO SISTEMA 23/03/18

ONTOPO

03/18

04 JUN 2018
CONF. 04 JUN 2018
04 JUN 2018

04 JUN 2018
04 JUN 2018
Renata
Zarurista

04 JUN 2018
04 JUN 2018
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 03/06/2018
Edna Maria de Souza Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 347

SUS

Sistema Único de Saúde

AIH : 221810102859-4

Órgão Emissor: M22100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

AIH : 221810102859-4

UNI : HGV

NASCIMENTO

13/09/1953

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

D.LIBERA: 04/04/2018 DT. LAUDO: 12/03/2018

PROCEP.: 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MUL

DP.SIST: GILDETE

GIB: 9427

Ass. Prof. Dr. Jackson de Oliveira Nunes

Identificação do Paciente

5 - Nome: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

6 - Prontuário: 347443

7 - CNS: 898005143432601

8 - Nascimento: 13/09/1953

9 - Sexo: M CPF: 184.438.773-00

11 - Mae: MARIA TERESA DE SOUSA

12 - Fone: 86-9.99355846 / 999477104

13 - Resp: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

14 - Cor: sem ident

15 - Endereço: AV NEGO TEIXEIRA

CENTRO

19 - CEP: 64460-970

16 - Munic: AGUA BRANCA

17 - Cod. IBGE: 220020

18 - UF: PI

RG: 44988-18

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Tremor afixo em dor e perda funcional.

21 - Condições que justificam a Internação:

necessito internação clínica.

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

Aus ex friso friso.

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S427

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

FRATURAS MULTIPLAS DA CLAVICULA, DA OMOPLATA [ESCAPULA] E DO UMERO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Caráter:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

CL. CIRURGICA II

02

1

CPF

38873924391

35 - Ass. Cár. Cid. Med. Solic. de

33 - Nome Profissional / Assistente
THEMISTOCLES RAMOS NETO

34 - Data de Solicitação:

12/03/2018

41 - Série

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N° Bilhete:

42

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBDR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47 - Data Autorização:

04/04/18

Med. Jackson de Oliveira Nunes

50 - Ass. Cár. Cid. Med. Solic. de

48 - Documento 49 - Num. Documento:

Usuário: JESUS.SOLUSA

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: 16:09:58

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Jackson de Oliveira Nunes

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM D'ORIGINAIS
EM 23/03/2018
Edna Maria da Silva
COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 018559



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

AIH : 221810102563-5
UNI : HGV

Órgão Emissor: 1221100001

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

NASCIMENTO: 16/09/1953

D.LIBERA: 02/04/2018

4

PROCED.: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO

OP.SIST: GILDETE

CID : 5423

SIN.: 5423



Órgão Emissor: 022100001

SECRETA
HOSPI

AIH: 221810102859-4
UNT: HSV

26971

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

NASCIMENTO: 13/09/1953

0598024

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CNS: 898005143432601

DATA: 04/04/2018

DT. LAUDO: 12/03/2018

RAÇA/COR:

ETNIA:

NOME DA MÃE: MARIA TERESA DE SOUSA

OR. SIST: BILDETE

RESPONSÁVEL: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

CTB: 9427

ENDEREÇO: AV NEGO TEIXEIRA

Edson de Oliveira Nunes
Ass. Requerimento
Ass. Requerimento

MUNICÍPIO: ÁGUA BRANCA

UF: PI

CEP: 64460970

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

○ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

○ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

SOLICITO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA 0415010012.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

4.13.04.017-8 - L97: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA;

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

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

MARCELO LOPES MACHADO

DATA SOLICITAÇÃO:

15/03/2018

CRM-PI 4310 CRM-PI 9355

REG 13855 / CNS 980016293715522

Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

21 DT

DOCUMENTO

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

CNS ○ CPF ○



1) OSTEOTOMIA (osteomeleite) OSSOS PE ① — 0408-6016-6
 2) DESBRINAMENTO LESÕES EXTENSAS CI PERNA 26
 SUBSTÂNCIA PE ① — 0413-240178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DIÁRIO DE CIRURGIA

CLÍNICA:

LEITO: 230-41

PROMOÇÃO:

342 443

NOME: Pe. Alvaro de Souza

DATA NASC:

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Base Síntafase pe ① c/ ossos
 - Ossos flutuantes pe ①

CONDICÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA:

CIRURGIA: Osteotomia + desbridamento pe ①

CIRURGIA: Dr. Marcelo Lopes

— Ortopedia e Traumatologia

— Cirurgia do Joelho

— CRM-PI: 13846

Nº SALA: 102

AUXILIARES: IP: José de Souza

CRM-PI: 13846

CRM-PI: 13846

CRM-PI: 13846

INSTRUMENTADORIA: Fátima

CIRCULANTE:

Osteotomia

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: ① P de em DNH abr. anter. ② Afegol 2g, 5g
 ③ Clav. + ap. ④ Autogesel + nárgue pe ⑤ ⑤ Desbridamento tec.
 desvitalizab pe ⑥ ⑥ Osteotomia: base 5º MTRD - ant. ⑦ Lnc. c/ sra. 87
 ⑧ ⑧ Cinturão ⑨ Ba prof. distel.

— Recessos, fístulas, g. est. PDD

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

Nas lâminas

rele expostas

lado

lateral

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fr. - osteotomia + desbridamento Ante pe ①

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGIA: () SIM / () NÃO QUALE

cultivo recesso

DATA:

15/03/2018

HORA:

Dr. Marcelo Lopes
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM-PI: 13846

CIRURGIA: ASSINATURA E CARMOS

MOD. 14 - NOV

UTRS: Colhido nártel p/ cultura

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL

EM 23/03/2018
 Edna Maria Andrade da Silva
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO / MAT: 019055-3

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA

PACIENTE:	LEITO DE RECUPERAÇÃO:	ALERGIA A:				
DATA: 15/03/18	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 10:15					
CIRURGIA REALIZADA:						
TIPO DE ANESTESIA: Ropivacaína + medo - edo						
SINAIS VITais	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	HORÁRIOS
P.A.	101/62 (75)					18/16
P.C./PULSO	50					63
TEMPERATURA						
OXIMETRIA	98%					97

EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	ADMISSÃO	30'	SAÍDA	ESCALA DA ESCALAS DA DOR	
CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2		
Completamente acordado = 2 Desperta no chamado = 1 Não responde ao chamado = 0					
ATIVIDADE MOTORA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2		
Móve 4 extremidades = 2 Móve 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0					
RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2		
Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 0 Apméia = 1					
CIRCULAÇÃO (PA)	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2		
20% do nível pré-anestésico = 2 70 - 40% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0					
SpO ₂	<input checked="" type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2		
Mantenho SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantenho SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantenho SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0					
TOTAL DE PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 10		
APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	<input checked="" type="checkbox"/> 10				
RESPONSÁVEL PELA CHEGADA:					
AVALIAÇÃO DE ENFERMADEM:					

golpe, Pausa no ritmo de estriatura + distriodanite pé D, consciente, orientada, expresso, eufemotio, HVL pura, sono son estérilis, eumunhando para eufemotio.
Lívia Barbosa Félix
COREN-PI 96507-ENF

Entregue:	EX. LABORATORIAIS	IRX	RECEITA MÉDICO	ATESTADO MÉDICO	F. NÃO PADRONIZADO
Encaminhado a:	1) UFI	1) IRX	1) ENFERMADEM CRM-PI 96507-ENF	1) EXTERNO	

Atestado de Recuperação - CRM



2) DESBRUMAMENTO DE EXTENSAS CI PERDA DE
SUBSTÂNCIA PE ① - 0413040178

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Fazer anestesia?
não é etiq.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BLOCO DE CIRURGIA

Atendente: 598024

CLÍNICA: _____ LETO: 23-03-1994 PRONTUÁRIO: 347443

NOME: Fco Alves de Souza DATA NASC: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: - Fratura Blse 5º metatarso pe ① e osteomielite
- Extensos ferimentos pe ①

CONDICÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Osteotomia + delidamento pe ① NO SAÍDA: 12

CIRURGIAO: Marcelo Lopes CRM.PI: _____

AUXILIARES: José de Souza CRM.PI: _____

INSTRUMENTADORA: Fátima CIRCULENTE: Anticoag.

TECNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Reta da 07H sob anest. (2) ap. 29, 62

(3) clara + ap. (4) Antebracos + punhos pe ② (5) delidamento pe-
de metatarso pe ② (6) osteotomia base 5º metatarso (7) lace L1 5º met.
pe ②, anastom. (8) Bca prof. dupl.

∴ Ressecção extensa 4.250.000

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Nas. laringe CRM.PI: _____

acidente

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Pci - osteotomia + delidamento Antebraco ②

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

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? cultura reenviada

Dr. Marcelo Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ortop. e
Traumatologia / TEC 11645

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

MOB: 100 - MOB:

U/35: Cetilico interno p/ cultura

608984

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRME COMO ORIGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 115066-9



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Souza Sexo: M F Idade: 64a Data Nasc: 13/01/53
Cirurgia Proposta: Fratura de clavícula + Fratura de耻骨
Cirurgião:

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMLi	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcopasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Aftérit
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (mulher)		
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireoide				
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 locomção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Paroxísticas		

OBS:

Medicamentos em Uso: *metformina*

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

Cirurgias / Anestesias anteriores: *metformina*

Intercorrências:

Hemorragias:

Antecedentes Familiares:

Tabagismo

Filtismo

Uso de Tóxicos

Alergias:

EXAME FÍSICO

Estado Físico: *regular*

EG: *REG*

Peso:

Altura:

PA:

FC:

Avaliação via aérea:

Mais lâmpeti: *1*

Mobilidade pescoço: *boa*

Dentes:

peste

Intubação ATM:

Distância esterno/mento: < 12,5cm: > 12,5cm:

Coluna Vertebral: *normal*

SCV:

SR:

Outros:

RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT: _____ (%) HB (g%): _____ Plaquetas (mm3): _____ TTPa: _____ TP: _____ INR: _____

Ionograma (k): _____ Nai: _____ Ca: _____ K: _____ Outros: _____

Glicamia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____

RX do Tórax:

ECG:

Risco Cirúrgico:

Parecer Cardiológico:

Outros Exames:

CONDUTA:

Liberado: SIM NÃO

Observação:

ORIENTAÇÃO:

Jejum: *neg*

Medicação: *metformina*

Cuidados:

Anestesia Proposta: *Anestesia Geral + I.V. + Baqui + I.V. Bloqueio de Plexo Braquial*

Data consulta: *14/03/18*

Hora: *09h*

Manuela Ribeiro Veras

Assinatura Médico / CRM / Carijato:

Manuela Ribeiro Veras

CRM: 2719

*- Recomendo solicitar um laudo -
- Aguardando ECG solicitado
- Apelo cardiológista e novo
- Parecer cardiológico após ECG
- Recomendo solicitar o laudo de
- exame de ressonância
- com base de ressonância
- Baqui e/ou Bloqueio de
- Plexo Braquial*

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

CONFIRME COMO ORIGINAL

EM

Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 010065/1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
ANESTESIA**

DADOS DO PACIENTE

Nome: Francisco Alves de Souza
Pronome: _____ Nascimento: 13/09/153 Estado Civil: _____
Cartão do SUS: _____

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

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____
Estado Civil: _____ Nascimento: _____ / _____ RG/CPF: _____
Parentesco: _____ Residende em: _____

Eu,

Responsável pelo paciente acima citado, que é portador da doença Fratura de clavícula e Fratura de P^u

devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de Regionalização, ulnar
Blóqueo de Píleo braquial e ou Anestesia
General

ESTOU ciente de que o paciente terá recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos e benefícios a sua saúde e o procedimento que será submetido, tais como:

1. Broncoesofágio
2. Vasodilatador
3. Analgesia ITB
4. PCR
5. Obst

Estou ciente ainda de que o presente Termo de Responsabilidade está em conformidade com a Lei 8.078/90 pelo Código da Ética Médica nos seus artigos 46 e 60.

Teresina(PI), 16 de Março de 2018

Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Monica Almeida Velloz

CRF-PI 214719

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frat Belchior, 2392 - Centro Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3049

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23 de Março de 2018
Edna Maria Andrade Silveira
CÓPIA DE PRONTO-ARQUIVO MAT. 010965-3

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Franisco Siqueira Soárez

DATA DE NASCIMENTO:

230-4
64 anos

DA CLÍNICA:

Ortopedia

A CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

P

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

DATA:

13.03.18

Lucas Gonçalves
Traumatologista
CRM-PI 1690

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

64 anos
Pela AP
pela Cardiografia.
Nesta ausculta / dispneia
cardíaca / pulmonar.
ACRAL

ELG não encontrada

Cd: ① E16

Dr. Lucas Gonçalves
C. Médica / Cardiologia
CRM-PI 1690

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

4: 13.03.2018

11 - HGV

SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
O VARGAS

REQUISIÇÃO DE PARECER

230-4

NAME:

Franisco Alves da Silva

DATA DE NASCIMENTO:

DA CLÍNICA:

Orthopedia

À CLÍNICA:

Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO
CIRÚRGICO

gpos ECG

DATA:

14/03/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

negativo
que não certificou
conocordou paciente
ECG - normal

Banco Rios e H. Macêdo
onofro

DATA:

14/03/18

Dr. ACM
C. 235

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ASS. MÉDICO ESPECIALISTA
CONFERE COM Q. ORIGINAL

EM 23/03/18
Edna Maria Alvorado Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190650

HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROZIRENE ARAUJO SILVA

Em 23/03/2018 10:33

Paciente: 347443 - FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Idade: 64

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: THEMISTOCLES RAMOS NETO

Conselho / Número Cons.: CRM 2798

Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 096024 / Leito: GLCIR 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, UMBRO E NO 7º DPO + 2º DPO DE ÚMERO: SEGUO LÚCIDO, EUPNÉICO, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM APORTE DE O2. FÁSICA, PELE E MUCOSAS CORADAS. REPOUSO AO LEITO, ÁBDOME SIMÉTRICO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. FO EM BOM ASPECTO. DIETA V.O ACEITANDO PARCIALMENTE. DIURESE ESPONTANEA PRESENTE.

ROZIRENE ARAUJO SILVA
COREN 339320

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORGINAL
EM 23/03/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO/MAP: 010000-0

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 NEGO 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

Mae: MARIA TERESA DE SOUSA

Cônjugue:

Responsável: JAKSON DE OLIVEIRA NUNES

Endereço: ADALBERTO SANTANA

0 CENTRO

Cidade: 3159

UF:PI CEP: 64460-970

Jesus
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

Dolos no ombro (E)

H.D.A.

Parcente com fratura clavícula um mês (E)

Ant. Pessoais:

Nejo

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Nujo

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdômen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

fratura clavícula um mês (E)

Piano Terapêutico:

Osteosseos

Dr. JUSTIJORNAL COÍCIO
Ortopedista e Traumatologista
Clínica do Ombro e Artroscopia
CAMA 1312

Data / Hora: / / : :

Ass. Médico Assistente / Auxiliar / Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COMO ORIGINAL
EM 23/09/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTO-ARQUIVOS MAT. 035869



FRANCISCO ALVES DE
SOUZA

Data do Estudo: 2018-03-

13
ID do Paciente: 347443

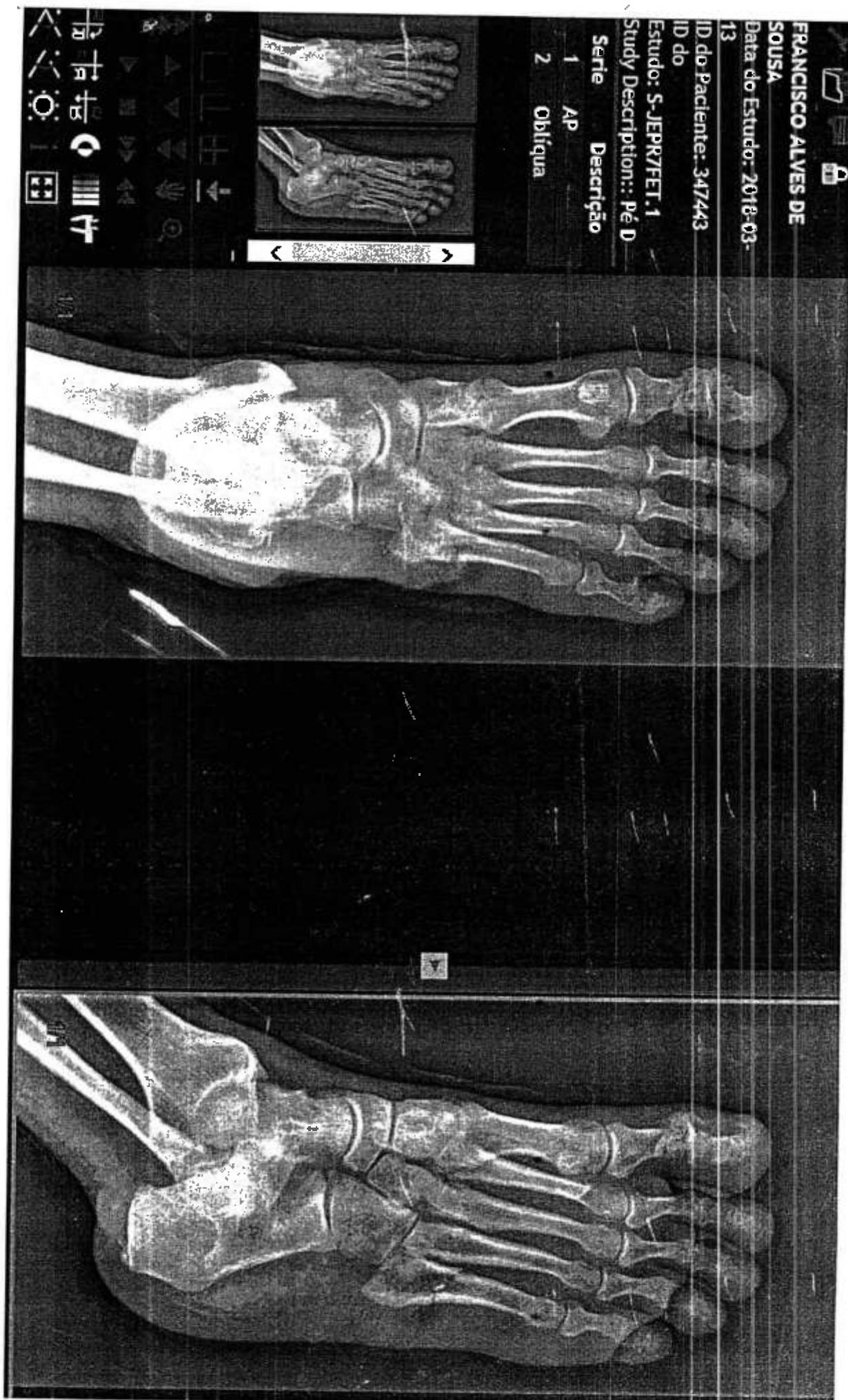
ID do
Estudo: S-JEPR2NU5.1

Study Description: Úmero

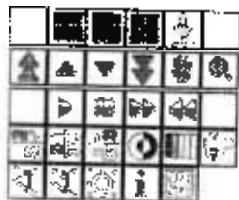
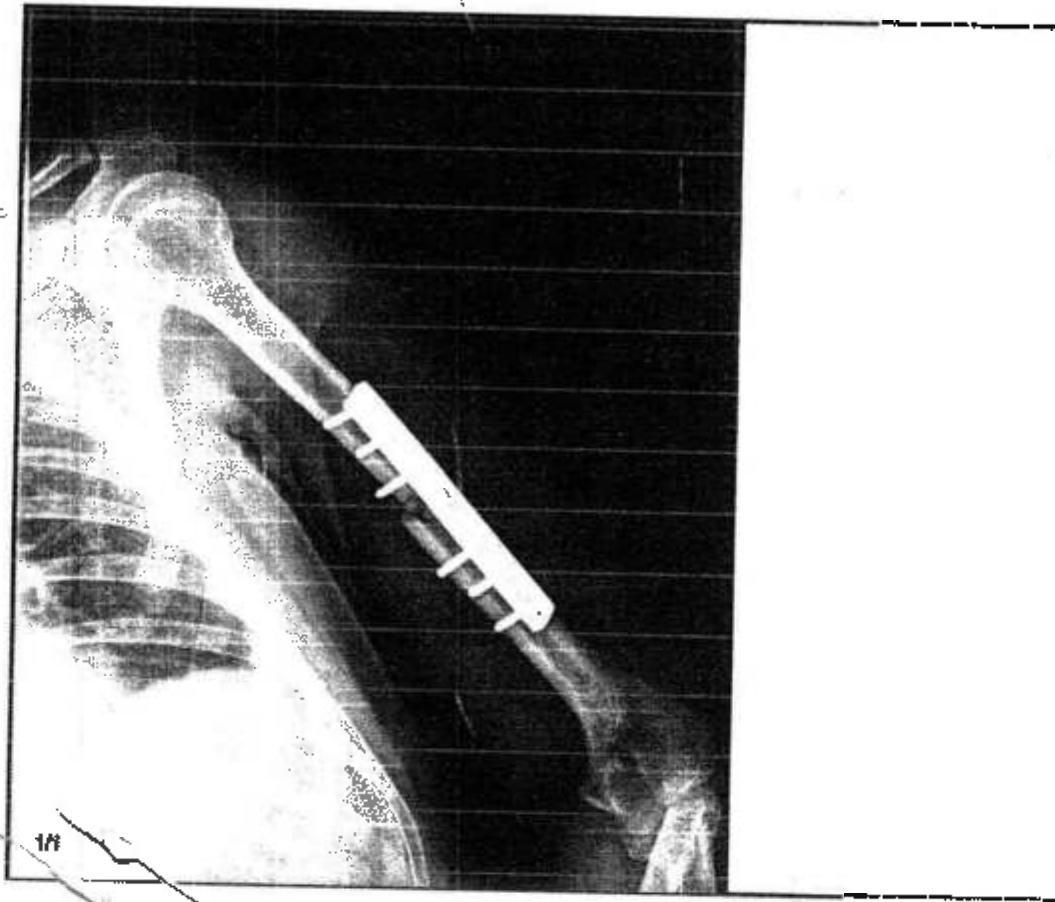
Série 1 Descrição AP



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COMO O ORIGINAL
EM 30/03/08
Eduarda Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAM 072065-0



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFIRA COMO ORIGINAL
EM 23/09/2018
Eduardo Mariano da Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019086-0



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

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERENCE ORIGINAL
EM 23/08/1973
Edna Monteiro de Souza SILVEIRA
CÓDIGO DE PROXIMARIA MAT: 0100017



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

Carvalho

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**

Setor 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 faixa proximal do hallux e no 5º metatarso.
- Edema de partes moles.

Assinatura
CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM *23/03/2018*
Edna Matilde da Silva
CORIA DE FONTE ARROIO MAT 0100654



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 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 6m 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**

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

Cód. Procedimento: **02.04.04.005-1**

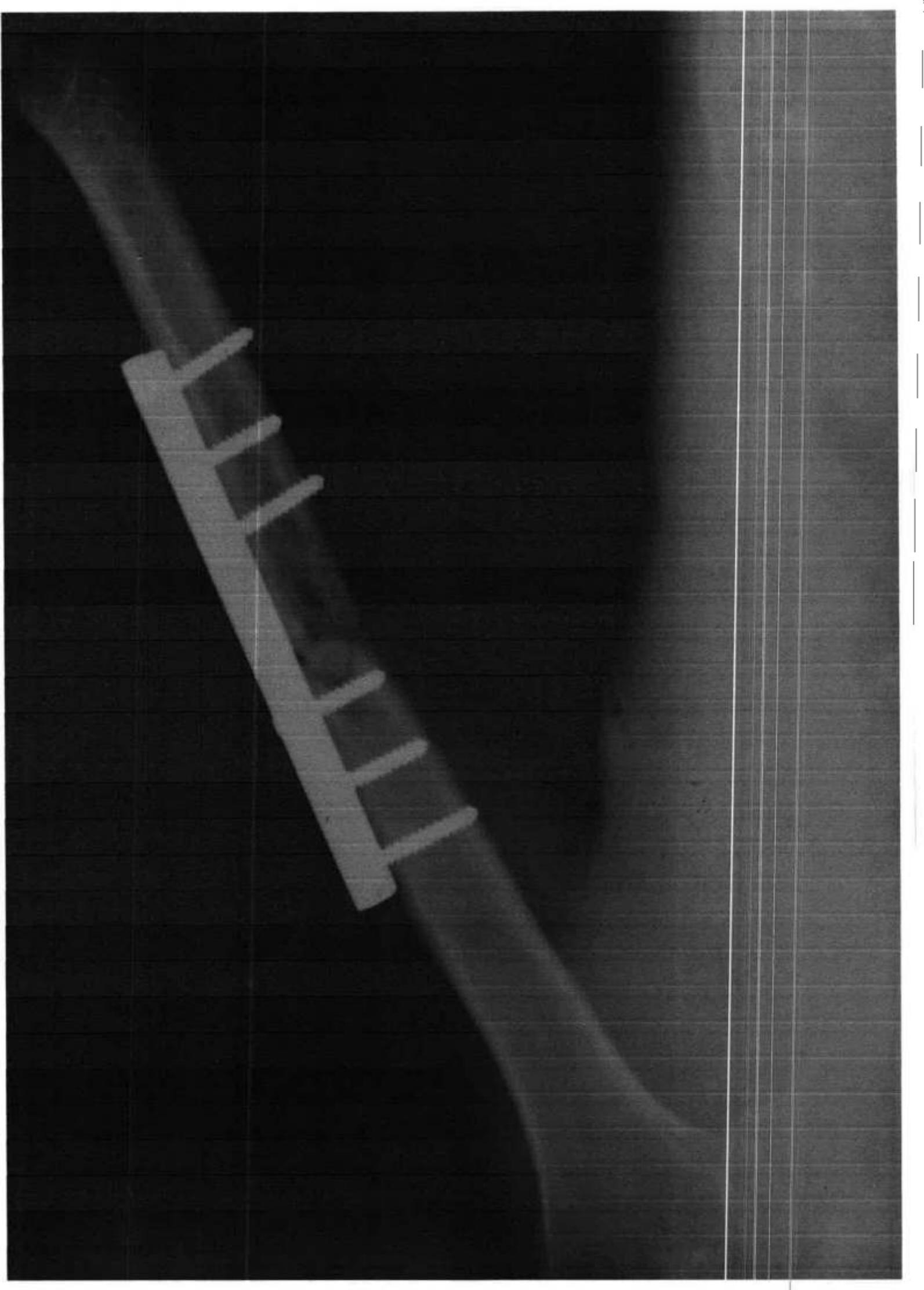
RADIOGRAFIA DE UMERO ESQUERDO

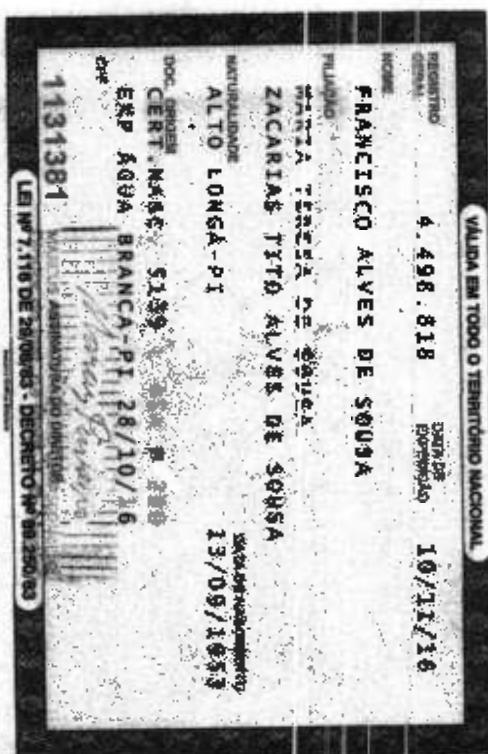
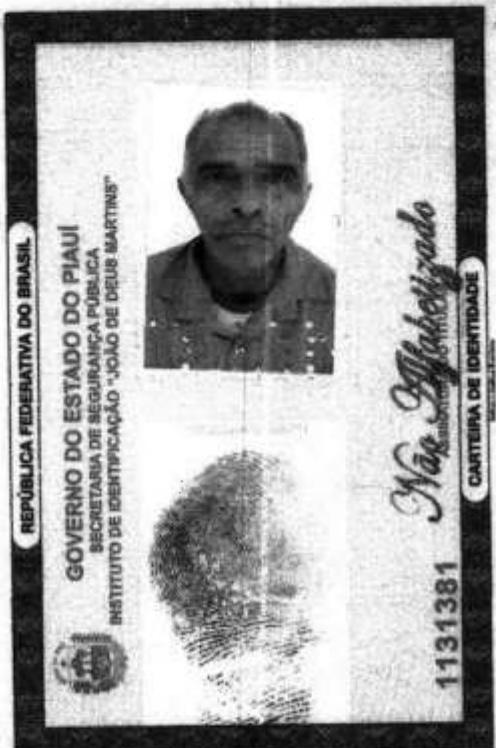
RELATÓRIO

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

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM **23/03/2018**
Edna Maria Andrade de Silva
Cópia de Prontuário MAT: 0106857





VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Naclmano
13/09/1953

FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Human
184.438.772-00

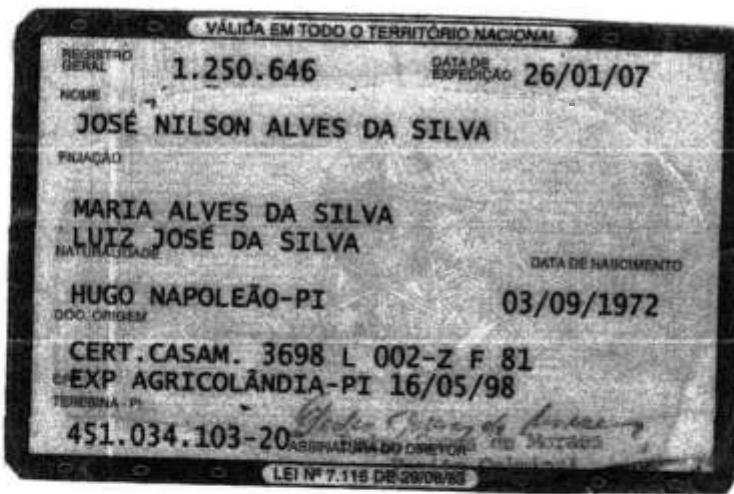
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Sistema de Peças Fiscais

CÓDIGO DE CONTROLE
7345.4447.5FCA.DBA9

DEVAT

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
no dia 08/12/2016 (porm e data de Brasília)
dígito verificador: 00



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Tito - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.460.748/0001-39 | Inscrição Estadual: 15.261.283-6
Nº da Conta: 0213676-7 | Conta de Energia Elétrica - Série 01-9
Notificação especial de inscrição autorizada pelo SICPAZ/04/09/94

Nº da Nota Fiscal: 016589475
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 16 de abril de 2002.

CONTAS MENS	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 POEIRÃO
CPF: 00045103410320
CEP: 64.460-000 - ÁGUA BRANCA

DEBOS DA FESTURA	SWL	DATAS DE LEITURA
Aluár:	37795	17/01/2019
Aluár:	37667	Ago/18
Anterior:	3,000	21/12/2018
Constância de Monoplicação:	1,000	Anterior:
Consumo Médio:	128	18/02/2019
Consumo Faturado:	128	16/01/2019
	FCAM	Apresentação: 17/01/2019

27

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Metálico	Endereço	Código Fis.	Média T2 (R\$)
RESIDENCIAL	MONO	A163168	1/1.3.1	155	

HISTÓRICO R\$/M		DESCRIÇÃO DA FESTURA	
Anterior consumo		CONSUMO 128 A R\$ 0,562958 = 110,45	
DEZ/18	157	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 6,52	
NOV/18	190	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00 0,26	
OUT/18	196	MULTA POR ATRASO 11/18-00 3,09	
SET/18	186	JUROS POR ATRASO 11/18-00 1,85	
AGO/18	180		
JUL/18	147		
JUN/18	131		
MAI/18	141		
ABR/18	139		
MAR/18	131		
TOTAL BEM TRIBUTOS:			
		R\$ 128 - 0,623668	

MENSAGENS IMPORTANTES: REVISÃO DO 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 pode gerar encerramento também e inclusão do nome do consumidor na SEDHAR. Caso tenha evitado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 066 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO/EEA9.51A7.AC08.92CF.677D.CBA0.21E6.7E79

COMUNICAÇÃO DA FESTURA - R\$		ABRISTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,05	Baixa de Cálculo:	110,45
Energia:	44,51	Níquel/ICMS:	22,00%
Transporte:	7,53	Valor do ICMS:	24,29
Encargos:	4,75	Valor da IPI:	1,12
Total:	30,61	Valor do COFINS:	5,20

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

8,06 16,12 32,23 4,59 9,19 18,37 4,48	
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	
	55,41

SAC PIAUÍ 0800 066 0800

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Tito - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.460.748/0001-39 | Inscrição Estadual: 15.261.283-6

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

8366000001 9 22170017000 6 00000000213 9 67670119008 1



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

PI CORRETORA
DE SEGUROS
12 FEB 2019
DDVAT



1) CORPUS
DE SEGUROS
Av. 203

12 Fev 2013

12/11
DOLYBEN

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 - OSTEOSÍNTSE 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 - OSTEOSÍNTSE 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 N° 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 elas 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, Elesbão 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 de 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 Médico 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: José 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.

DE CORRETORA DE SEGUROS

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

12 FEB 2019

DPVAT

Wilson Barbosa

José Sandro Palhares
Carlos Alberto de Oliveira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051335/19

Vítima: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

CPF: 184.438.772-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do Sinistro da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

384.438.772-00

Francisco Alves de Souza

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

Nome completo:

Francisco Alves de Souza

CPF:

384.438.772-00

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Fazenda São Francisco

Número:

S/N

Completo:

Zona Rural

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Itagoinha de Pium

Estado:

Piauí

CPF:

64.465.000

RG (DDD):

(86) 97981-6008

E-mail:

Recursos_se

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPLANÇA (Sómente para os balanços abertos, ressalva uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (403)

Caixa Econômica Federal (184)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25.203

(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 e que se o valor for zero, serem isentos 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 permanente, uma vez que (escolha uma das opções):

Não há IML que atende 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 da pedido.

12 FEVEREIRO DE 2009

Reconheço estar ciente, sobre a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente com base na documentação fornecida, de que: (a) sou submetido à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação da indenização permanente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 59, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Esteve de posse à Seguradora Lider, alguma, caso deixa a indenização do Seguro DPVAT por morte de quem(s) beneficiários que se apresentarem e/ou com o direito de receber, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal, conforme o artigo 129 do Código Penal.

Local e Data: Itagoinha de Pium, Piauí - 07-02-19

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

1º | Nome: José Nicanor Alves de Souza
CPF: 451.034.403-00

Assinatura

2º | Nome: José Simões de Souza
CPF: 771.688-873-00

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para encarregar a assinatura do presente formulário. A SEU RÔGO: na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo de conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. ÁGUA BRANCA
DATA: 01/02/2019
TERMINAL: 30271005
HORA: 10:01:47
CONTROLE: 302710050225

AGÊNCIA: 3027 - ÁGUA BRANCA
CONTA: 013.00025203-0
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
01/11/2018 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR. DOC HISTÓRICO
VALOR



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE PÓLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE PÓLICIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE PÓLICIA 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'AGUA 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/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, fendo inúmeras lesões corporais como quebra do braço esquerdo e pé direito, alem de inúmeras escoriações.

APC MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

FRANCISCO ALVES DE SOUSA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 FEB 2018

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do Sinistro da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

384.438.772-00

Francisco Alves de Souza

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

Nome completo:

Francisco Alves de Souza

CPF:

384.438.772-00

Profissão:

Lavrador

Endereço:

Fazenda São Francisco

Número:

S/N

Completo:

Zona Rural

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Itagoinha de Pium

Estado:

Piauí

UF:

E-mail:

Recrear se

CEP:

64.465-000

PA (DDD):

(86) 97981-6008

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPLANÇA (Sómente para os balanços abertos, ressalte uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (403)

Caixa Econômica Federal (184)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25.203

(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 e que se o valor for zero, serem isentos 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 permanente, uma vez que (ressalve uma das opções):

Não há IML que atende 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 da pedido.

12 FEVEREIRO DE 2009

Reclamo esse ato, valendo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente com base na declaração anterior, desde já, sem me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 59, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou relatório ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (válvula): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este ato não é a Seguradora Lider, que, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem para receberem o valor, caso conste o crime, com infração do artigo 129 do Código Penal.

Local e Data: Itagoinha de Pium, Piauí - 07-02-19

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

1º | Nome: José Nicanor Alves de Souza
CPF: 451.034.403-00

Assinatura

2º | Nome: José Simões de Souza
CPF: 771.688-873-00

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para entender e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO: na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo teor de conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. ÁGUA BRANCA
DATA: 01/02/2019
TERMINAL: 30271005
HORA: 10:01:47
CONTROLE: 302710050225

AGÊNCIA: 3027 - ÁGUA BRANCA
CONTA: 013.00025203-0
CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
01/11/2018 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 TITO ALVES DE SOUSA
 Sexo: Masc Feminino Raça/Cor: _____ Telefone () _____ IBGE MUN. 2200700
 Endereço completo: AV. NECO TEIXEIRA, 80 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 4498818 ORGÃO EMISSOR: SSPIS DATA EMISSÃO: 30/11/2016
 CPF: Nº: _____ CERT. NASC. OU CASAMENTO Nº: _____ LIVRO: _____ FOLHA: _____

NOME DO CARTÓRIO: _____

Histórico Clínico:

*Amplamente oftálmico de
de motilidade lento e lento
de dia e de noite. Mena.*

Exames Físicos: *C. V. - Pupilas comunitárias e
enfermadas. Aumento de fratura do nervo óptico.*

Hipótese Diagnóstica:

Tratamento Solicitado:

*Ata tipo de humor líquido e
mucoso - tam e tam 400 ml / dia*

Si. perig. - 500 ml / dia

Assinatura e Cárимbo Médico

Dr. Francisco Alves de Melo
Médico
CRM: 4275

D.C.A.
Médico

Água Branca (PI), 25/10/2016

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 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.846.745/0001-09 | Insc. Faz. 19.201.103-5
Mats 10037 | Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de cobrança autorizada pelo SICAE/DE/PI

Nº da Nota Fiscal: **016023901**

A Tarifa Síndic de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.541 de 20 de abril de 2002

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

HOSTON 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:	39236		Anterior:	07-12-2018
Corrente de Multidão:	1.040		Próxima Leitura:	06-02-2019
Consumo Médio:	100		Entrega:	04-01-2019
Consumo Saturado:	100	FCAM	Aproximada:	08-01-2019

NORMAL		32	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Class/Subclasse	Ligado	Unidade/Medida	Posto
RURAL			
HISTÓRICO kWh		DETALHADO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo	CONSUMO 100 A R\$ 0,604068 = 60,40	
DEZ/18	113	DESCONTO IMPORTE (SEM ICMS) 39,30-	
NOV/18	20		
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	110		
Jan/18	0		

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor - R\$ Vencimento da fatura é dia 01 do mês seguinte ao vencimento da fatura anterior. A partir de 09/01/2019, os vencimentos das contas faturadas nesta fatura, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SICREDI. Informações sobre existentes contas vencidas(s) e já vencida(s) no valor de R\$ 10,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento fique descondenado este aviso.

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

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

12 FEB 2019

DFVAT

RESERVADO AO PSCD FDE9. FEB4.9859. FS56.8476. 9DB2. FB8A.673E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuidor:	12,61	Bônus da CICLO	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
Itibutos:	16,73	Valor do COFINS:	2,84

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

SAO PEDRO DO PIAUÍ

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0442586-3	21,10
MÊS FATURADO	
01/2019	
VENCIMENTO	
14-01-2019	
datº da Nota Fiscal:	016023901 FCAM

83630000000 4 21100017000 4 00000000442 4 58630119008 6



SEQ.: 00114 UC: 0442586-3 DT.LEIT.: 08/01/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 39386 NORMAL TOTAL: 21,10 CARGA: A01
DT.VENC.: 14-01-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0471

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: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 falta 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, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da vítima Francisco Alves de Souza

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 coprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Eletronápolis</u>	Estado:	<u>Pará</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP:	<u>64.395.000</u>	Tel.(DDD):	<u>(66) 99981-6033</u>

Local e Data: Eletronápolis - Pará - 07.02.2019

Adriana Carla de Souza Silva
Assinatura do Declarante

