



o cartão do brasileiro



CTCE FORTALEZA CE PL8

ANTONIO DA SILVA BARROS
RUA CANIDE Nr.2088

CENTRO
64120-000 - UNIAO - PI



1413111973022120000000221230210518



PB201



19 NOV 2018

0800 / 25-3210 Dernais Região

0009-3210 Capitais e Regiões Metropolitanas

Características de Atividades Materiais:

DE VOLUGA O ELETTRONICA - CEDO

DESENHO AO EFEITO ÓPTICO - CEDO

O cartão do
brasileiro



PARA USOS DOS CORREIOS		Respon-sável:	
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mau-dis-se	<input type="checkbox"/> Desconhe-cido	<input type="checkbox"/> Faleci-do
<input type="checkbox"/> Desconhe-cido	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endre-cido	<input type="checkbox"/> Não exis-te o número indicado
<input type="checkbox"/> Desconhe-cido	<input type="checkbox"/> Mau-dis-se	<input type="checkbox"/> Endre-cido	<input type="checkbox"/> Endre-cido
Rein-tegrado ao ser-viço postal em		/ / /	

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0300 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, 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, Antônio RA SILVA BORGES inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053-168, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DE PINHO BORGES inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.496.943-72, do sinistro de DPVAT cobertura 1 RA da Vítima JOSE DE PINHO BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.496.943-72 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Canindé</u>		Número <u>2088</u>	Complemento <u>Residência</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>UNIÃO</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>26410-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(36) 99534-3752</u>	

**J CORRETORA
DE SEGUROS**

19 NOV 2018

Antônio da Silva Borges
Assinatura do Declarante

DPVAT



SAMU
 192

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	<i>1º ofício Resende</i>		
Contato do Solicitante:	<i>93831098</i>		
SAIDA DO PA:	<i>19:38</i>	CHEGADA AO LOCAL:	<i>19:41</i>
CHEGADA AO HOSPITAL:	<i>19:53</i>	SAIDA DO HOSPITAL:	<i>20:09</i>
SAIDA DO LOCAL:	<i>19:50</i>	CHEGADA AO PA:	<i>20:15</i>

NOME DO PACIENTE: *gret. Paula Berger*

SEXO: MAS FEM IDADE:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: *Chapéu*

TIPO DE OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Moto
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Acidente de Carro
<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Mal Súbito
<input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica	<input type="checkbox"/> Já Removido	<input type="checkbox"/> Falso Chamado
<input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca <input type="checkbox"/> Fogo	<input type="checkbox"/> transferência hospitalar	<input type="checkbox"/> Queimadura
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Urgem. Clínica:	

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

14 NOV 2018

DPVAT

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FAIXA
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Iguais	<input type="checkbox"/> Normal
<input checked="" type="checkbox"/> Responde ao Comando	<input checked="" type="checkbox"/> Desiguais	<input checked="" type="checkbox"/> Confusa
<input type="checkbox"/> Responde a Dor	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Sem resposta		

PULSO RADIAL: FORTE FRACO LEVE MODERADO AUSENTE

SINAIS VITais	1º Verificação	2º Verificação
POPA:	<i>19:50</i>	
SATURAÇÃO	<i>93</i>	
P.A	<i>110/70</i>	
PULSO	<i>82</i>	
RESPIRAÇÃO	<i>15</i>	
GLICEMIA	<i>132</i>	
TEMPERATURA	<i>36,1</i>	

OBSERVAÇÕES:

paciente estava de acorda, bem ruim, com dores na coxa, calcanhar e descontrole urinário suspeito de protrusão clavicular.

Esta cópia confere com a original
Em 04/10/18

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Mass. Obstétrica
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha	<input type="checkbox"/> Hemostasia
<input type="checkbox"/> Reanimação Cardio-Resp	<input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Curativo
<input type="checkbox"/> Ventilação Artificial	<input checked="" type="checkbox"/> KED	
<input type="checkbox"/> Monitorização	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso -Solução	
<input type="checkbox"/> Outros		

Kerly da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 49.440
Coordenador do SAMU União-PI
CPF: 011.005.793-79

ENTRADA NO HOSPITAL		
<input type="checkbox"/> Melhorando	<input type="checkbox"/> Severa Gravidez	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Piorando	<input type="checkbox"/> Média Gravidez	<input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Pequena Gravidez	<input type="checkbox"/> Óbito no transporte
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

SOCORRISTA: *Acum. Raul*

RECEPÇÃO DO HOSPITAL: *Sandrinha. Oliveira*

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)

Kerly da Silva Pereira
CRF-PI 2050
CPF: 011.005.793-79



Prefeitura Municipal de União – PI
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência – SAMU
Travessa Filinto Rêgo N° 99 Centro.
União – PI - CEP: 64120.000 – Fone: (86) 3265-2187



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, serem verdadeiras as informações contidas nesta cópia de atendimento em anexo do (a) paciente:

José de Pinho Borges -

Onde o mesmo (a) foi vítima de: Pedinte de moto, colidiu com animal num uso do capacete, fraturou a clavícula E.

E socorrido pela equipe da Unidade de Suporte Básico do SAMU desta cidade. Na data: 09/06/18 por volta das 19:30 na localidade chapanal.

ponto de referência prox da pôrte -

Solicitada por: Maria dos Remédios B. M. cunha -

O (a) mesmo (a) solicita esta cópia, para: Regina DP/AT

Sem mais para o momento.

Firmo e dou fé.

Kerlly da Silva Pereira
Enfermeiro COREN-PI 479.440
Coordenador do SAMU/União-PI
CPF: 019.505.793-79

Coordenador do SAMU/União – PI.

Recebido por:

Maria dos Remédios Borges M. Cunha

Em: 04/07/18.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Ma. s/nº 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 03.146.748/0001-39 | Insc. Estadual: 19.261.303-5
Nota F. e J. Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime e. especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº de Nota Fiscal **012468349**

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

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	25/10/2018	168	177,22

MARIA DE PINHO BORGES MENDES
PV BELA FONTE SN B-RURAL
CPF: 20063745844300
CEP: 64.120-000 - UNIÃO

DATA DA LEITURA	KWH	DATA DA LEITURA	
Atual:	15030	Atual: 17/10/2018	
Anterior:	14862	Anterior: 17/09/2018	
Const. uso de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 19/11/2018	
Consumo Faturado:	168	Entrega:	16/10/2018
Consumo Faturado:	168	Apresentação:	17/10/2018

NORMAL

30

Classe/Subclasse	Ligado	Número Medidor	Período	Código Faz	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A879429			

HISTÓRICO kWh		DESCRÍPCAO DA CONTA	
Mês/ano	consumo	CONSUMO	168 A R\$ 0,834032 = 140,11
SET/18	157	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,27
AGO/18	134	CORRECAO MONETARIA IGPm (2X)	7,47
JUL/18	114	MULTA POR ATRASO (2X)	4,19
JUN/18	134	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	7,18
MAY/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 8 39	
ABR/18	152		
MAR/18	156		
FEV/18	162		
JAN/18	170		
DEZ/17	165		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
J. A 168 - 0,604090			

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

19 NOV 2018

DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano **09/2018** Valor **R\$ 147,88** Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/11/2018, em função das contas referentes ao período de 01/09/2018 a 30/09/2018 não estarem sendo pagas. Caso o consumo seja interrompido, informamos ainda existir a possibilidade de reabertura (reversão) no valor de R\$ 147,88 (valor histórico). (Assunto arquivado)

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

RESERVADO AO FISCO 484C.E340.057E.E0C2.487E.BEF8.441F.0001

COMPOSIÇÃO DA FONTE - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	28,98	Base de Cálculo:	140,11
Energia:	55,09	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	8,66	Valor do ICMS:	30,82
Encargos:	8,77	Valor do PIS:	1,38
Tributos:	38,61	Valor do COFINS:	6,41

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE

12,76 25,53 51,05 8,05 16,09 32,18 6,99
1,75 2,00 1,33

UNIÃO

05/2018 39,08

83680000001 7 77220017000 3 00000000918 3 60261018008 8





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

1493 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000841/2018-07

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Renilson Sousa Santos

Data/Hora: 03/07/2018 - 11:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Data/Hora

09/06/2018 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL DE UNIÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PESQUE/PAGUE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALTER JUNIOR CUNHA

RG: 3210095 SSP PI

Mãe: ROSÂNGELA LINA DA CUNHA

Endereço: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

RG: 1321746 SSP PI

Mãe: MARIA DE PINHO BORGES

Endereço: LOCALIDADE BELA FONTE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: VITIMA

19 NOV 2018

J CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

Nome: MILAGRES DE AZEVEDO SOUSA

Mãe: JACINTA GONÇALVES DE AZEVEDO

Endereço: LOCALIDADE SÃO FELIPE, ZONA RURAL, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: UNIÃO

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: **Modelo:**

1 - YAMAHA YBR125K

Condutor: VALTER JUNIOR CUNHA

RG: 3210095 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: VALTER JUNIOR CUNHA

End: LOCALIDADE DIVINÓPOLIS Número:

Cidade: UNIÃO UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Ricardo Moura Lemos de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat: 27 1224-5

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE COMPARCEU PARA COMUNICAR QUE NA DATA DE 09/06/2018 POR VOLTA DAS 19:30 HORAS CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA PI-112 INDO SENTIDO TERESINA/UNIÃO CARREGANDO NA GARUPA SEU CUNHADO DE NOME JOSE DE PINHO BORGES, BRASILEIRO, NATURAL DE UNIÃO-PI, RG: 1.321.746 SSP-PI CPF: 704496943-72, NASCIDO EM 18/06/1960, FILHO DE MARIA DE PINHO BORGES, RESIDENTE NA LOCALIDADE BELA FONTE, ZONA RURAL DE UNIÃO-PI; VIA: QUE ENTÃO O NOTICIANTE NÃO CONSEGUIU FREAR A TEMPO, O QUE OCASIONOU O CHOQUE DA MOTO COM O

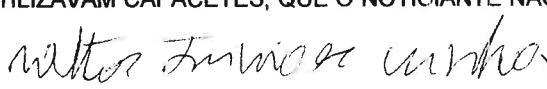
Boletim de Ocorrência emitido em: 03/07/2018 11:33 - SisBO@2011-2018 ATI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000841/2018-07

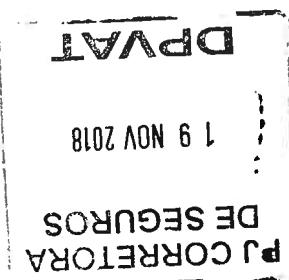
ANIMAL; QUE EM DECORRÊNCIA DA BATIDA JOSÉ DE PINHO SOFREU TOMBAMENTO LATERAL; QUE O NOTICIANTE TAMBÉM CAIU, PORÉM NÃO SOFREU LESÕES; QUE APÓS A QUEDA JOSÉ DE PINHO COMEÇOU A SANGRAR PELO NARIZ E OUVIDO DIREITO; QUE JOSÉ DE PINHO FOI LEVADO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE UNIÃO ONDE FOI CONSTATADO FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA E UMA LESÃO NO CRÂNIO; QUE APÓS RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL CITADO TEVE DE SER ENCAMINHADO A NOITE PARA O HUT EM TERESINA ONDE PERMANECEU INTERNADO POR 07(SETE) DIAS; QUE NEM O NOTICIANTE E NEM JOSÉ DE PINHO UTILIZAVAM CAPACETES; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH; ERA O QUE TINHA PARA COMUNICAR.


Renilson Sousa Santos - Mat. 2868067
AGENTE DE POLÍCIA


VALTER JUNIOR CUNHA - Noticiante
Responsável pela Informação


Ricardo Moura Lemos de Oliveira
Delegado de Polícia
Mat. 271924-5

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
70449694372		JOSE DE PINHO BORGES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	JOSE DE PINHO BORGES		
Profissão:	Reusa		
Bairro:	Endereço:	Bela Fonte	
CEP:	Número:	5711	
Cidade:	União	Estado:	PI
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99549-2565		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 19599 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

PROCORRETORA
DE SEGUROS

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

19 NOV 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, 19/11/18

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
70449694372		JOSE DE PINHO BORGES	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	JOSE DE PINHO BORGES		
Profissão:	Reusa		
Bairro:	Endereço:	Bela Fonte	
CEP:	Número:	5711	
Cidade:	União	Estado:	PI
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99549-2565		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 19599 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

PROCORRETORA
DE SEGUROS

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

19 NOV 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, 19/11/18

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

Data do Acidente: 09/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DE PINHO BORGES

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE PINHO BORGES
Nº Sinistro: 3180541593
Vítima: JOSE DE PINHO BORGES
Data do Acidente: 09/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180541593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE PINHO BORGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000019599-5

Nr. da Autenticação 73814FA52050168E

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417357/18

Número do Sinistro: 3180541593

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

CPF: 704.496.943-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JOSE DE PINHO BORGES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 29/11/2018
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417357/18

Vítima: JOSE DE PINHO BORGES

CPF: 704.496.943-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: JOSE DE PINHO BORGES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

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

JOSE DE PINHO BORGES : 704.496.943-72

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: 19/11/2018
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO DA SILVA BARROS

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ DE PINHO BORGES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 1.321.746.558-PIALÍ

CPF: 704.496.943-72

Profissão:

Endereço: RV. BELA FONTE, S/N, B-RURAL

CEP: 64.120.000

Telefone: (86) 9 9583-1091 e 99515-2010 e 99549-2565

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 1.327.126.558-PIALÍ

CPF: 496.923.053-68

Profissão:

Endereço: RUA CANINDE, 2088, CENTRO-UNIÃO-PB

CEP: 64.120.000

Telefone: (86) 9 9534-5752

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSÉ DE PINHO BORGES

Local e data

UNIÃO-PB, 12 de novembro 2018

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PB
Rua Anílio Lobão, s/nº - Centro - União - PB - Fone: (86) 3265-1341 - CNPJ: 01.312.472/0001-42
Marco Antônio Pinheiro do Nascimento - Delegado - Juiz - Oficial - Tabelião - Notário - Escrivão Substituto
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIM DE JOSE DE PINHO BORGES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
UNIÃO-PB, 07/11/2018. Enc.º: 3.71 TJ: 0,74 Selo: 0,2
Total: 4,71 Selo: ABI 71708 (F560P67)

MARIA DELINA PINHEIRO DO NASCIMENTO - Tabelião

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180541593 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE PINHO BORGES **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE 3º AO 8º ARCOS COSTAIS ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 22/10/2018, ASSINADO POR DR. CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA, CRM:3918, DO HOSPITAL MUNICIPAL DE TERESINA.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180541593 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE PINHO BORGES **Data do acidente:** 09/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE 3º AO 8º ARCOS COSTAIS ESQUERDO.
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSO)PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO DATADO DE 22/10/2018, ASSINADO POR DR. CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA, CRM:3918, DO HOSPITAL MUNICIPAL DE TERESINA.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	11/09/13	
FILIAÇÃO	ANTONIO DA SILVA BARROS	
NATURALIDADE	MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS	
DOC. ORIGEM	JOÃO MENEZES BARROS	DATA DE NASCIMENTO
UNIÃO-PI		27/07/1973
CPF	CERT. NASC. 1402 L 42 F 252	
TERESINA - PI	EXP UNIÃO-PI 08/09/05	
496 923 053		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Antônio da Silva Barros
0258825 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI

Nº 011643319560

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N. E.R.C. EXERCÍCIO
1 01225116403 2015

1851
1af
600s
24s
85s
87s
527s
62s
557s
920s
721s

VALTER JUNIOR CUNHA

CPF / CNPJ PLACA

05.217.866-306 PTE-5172

PLACA ANT / UF CHASSI

9C6KT1950E0028243

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

YAMAHA / YBR125 FACTOR K1 2013 2014

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

02P/0124CC PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º

3º FACC

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURU PARO /

OBSERVAÇÕES

A/FID. BANCO PANAMERICANO S/A

INSCRIÇÃO

LOCAL DATA

UNTRAN 05/15

SEGURO DE MIGAÇO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011643319560 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 18/05/2015

PLACA

PTE-5172

MARCA / MODELO

YAMAHA / YBR125 FACTOR K1

NP CHASSI

9C6KT1950E0028243

PRÉMIO TARIFÁRIO

DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

014,33 143,35

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEU PAGUELO SEGURADO (R\$)

004,15 001,10 242,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO 18/05/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.249.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

julho 97
6c 132sem documento
FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR:

Sambraya

DATA: 09/06/18

HORA: 20:00

01. DADOS DO PACIENTE.

NOME: José Pinho Borges

DN: 1810660 ID: SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria de Pinho Borges

CNS:

RG: 1-321-746

CONTATO:

ENDEREÇO: Bela fonte

CEP: 64.120-000

BAIRRO: Z. Rural

CIDADE: União

UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA CENTRO DE SAÚDE SAMU PM BOMBEIRO OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA:

TRAUMA

CLÍNICO

PEDIÁTRIA

S. VITais/FC:	PA:	SAT.02:	T:	DOR:	ECG:	GLICEMIA:	PESO:	ALTURA:
---------------	-----	---------	----	------	------	-----------	-------	---------

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

sentir ofe - de ócio - se nela - de náusea -
sentir no coado - e dito - dor -

04. EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL

RX

US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 26/06/18

J. CORRETORA

DE SEGUROS

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rx

19 NOV 2018

DPVAT

07. CONDUTA

 ALTA ÓBITO EVASÃO

TRANSFERIDO PARA:

 INTERNAÇÃO OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SÁIDA

 URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRMDr. Valter Sá Lima
CRM 2058
CPF: 078.708.503-05ENFERMEIRO(A)
COREN

R



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 09/06/18 HORA: 10:00 N° DO TELEFONE: (085) 3210-2000
HOSPITAL SOLICITANTE Hosp. Dr. José da Rosa Furtado MUNICÍPIO União
MÉDICO: Valter CRM: 0058

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetricia Trauma Cirúrgico Pediatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: José Pinho Borges Data de Nascimento: 10/01/1950 Idade: 68 anos Sexo: Masculino Feminino

CPF: 000.000.000-00 Cartão Nacional de Saúde: 00000000000000000000000000000000

Município de Procedência: União

HDA: paciente vítima de acidente de trânsito, letalidade constatada com suspeita de óbito e distorção óssea.

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea

3 – Comandos

2 – Á 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

T ex 36 °c P: 75 bpm R: 16 mm PA: 140/80 mmHg As: O: 92% Glicemia: 132 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Oxigênio Hidratação Venosa _____

Aspiração Medicação (especificar) _____

Curativo Outros _____

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 NOV 2018
DPVAT

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO: HUT
Hospital: HUT

Clínica/Posto: _____

Assinatura do Médico
CRM 2058
CPF: 078.703.533-05

Senha: ID 29328

Aut. 252401883



NOME DO PACIENTE: José de Pinho Menezes
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 479064



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

Imp: 09/06/2018 23:28:17

(User: MARCELO RICARDO)
 (Estação: RECEPCA002)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE PINHO BORGES		Prontuário: 479064
Mãe: MARIA DE PINHO BORGES	Pai:	
End. Resid.: POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 18/06/1960	Idade: 57a11m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99515-2010
Responsável: MARIA DOS REMEDIOS	CNS: 706403638646289	
Profissão: LAVRADOR	CPF: * RG: 1321746 - PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669110	Data: 09/06/2018 23:25:53	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito sem uso de capacete de segurança apresentando A- Vias aéreas pernas: B- MVO, Tórax rígido, Susto, 98% C- Peso (60kg), regular; Abdome flácido; Pélve estavel; D- Pupilas isofenegatas E- Escoriações em face e mmiss

IPR DE 2018/06/09 10:06:18

Ex: 2 - Análise: Crônico + Cervical

DR: 10 06 18 00

PA: 97/40 mmHg

FC: 0315 bpm

RR: 09 06 18 00

Temp.: 37,40

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO

DATA: 09/06/2018

Técnico:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

- Melhorado Administrativa
 Curado Por Indisciplina
 Inalterado Por Evasão
 A Pedido

- Retornar à Unid. Origem: PJ CORRETORA DE SEGUROS
 Transferência:

DATA SAÍDA: / /

DATA: 09 NOV 2018

Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

405010169

CID Compatível:

S-42-1

DR. Leocátil Soares
 Prof. ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 4468 - TET 12409

Pro. Solicitante

Internação:

Dr. José Lucas Talles Ferreira Luz
 MÉDICO
 CRM-PB 964

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável CRM-PB 964

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE PINHO BORGES	Frontuário: 479064
Mãe: MARIA DE PINHO BORGES	Pai:
End. Resid.: POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000	
Nascimento: 18/06/1960	Idade: 57a11m21d
Responsável: MARIA DOS REMEDIOS	Sexo: Masculino Fone: 86-99515-2010
Profissão: LAVRADOR	CNS: 706403638646289
G. Instrução: Fundamental Incompleto	Documento: RG: 1321746 - PI
End. Local.: - - -	E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 669110	Data: 09/06/2018 23:25:53	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 10/6/18 20:00	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE - GLS/IFR (Carimbo normal / não cirúrgico Col. Suporte clínico)	Dr. Gustavo S. Noleto Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	RAIO-X REALIZADO
	DATA 09/06/2018
	Técnico: _____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___

DPVAT

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

José R. B. Borges

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do clavícula (①)

Operação - Tipo

RAFI do clavícula (①)

Cirurgião

Leandro Ponce

1º Assistente

(ES) - Município

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

Dr. Aldo José da Silva
Anestesista
Médico Anestesiologista
CRM-PI 4482

Anestésico(a)

Data da Operação

8/1/06/13

início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① Posição em cadarço do braço no bloco de plástico
- ② Desinfeção e antiséptico
- ③ Preparo do campo estéril
- ④ Incisão em ombro (①) ao nível do clavícula
- ⑤ Divisão por planos
- ⑥ Identificação e redução + fixação com plástico
- ⑦ Sutura por planos
- ⑧ Curativo

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO/CRM:

~~ORRETORA
SEGUROS~~
13 NOV 2018

13 NOV 2018

DPVAT

Mod: 007

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGENIO	APLICADO AS			EFEITOS	
1						
2						
3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C°	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O		38				
PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
DURAÇÃO						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIOS						
ANESTESISTAS						
Dr. Aldo José da Silva Médico Anestesiologista CRM-PI 4482						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 14/06/18

NOME DO PACIENTE:	<u>José de Pinho Borges</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>479064</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Felino de clavícula (P)</u>	CIRURGIA:	<u>lapi com placar</u>
ANESTESIA:	<u>Bloquio plax</u>	Nº DA SALA:	<u>01</u>
CIRURGIAO:	<u>Leandro</u>	CPF Nº:	<u>167.786.998-41</u>
AUXILIAR:	<u>Estudante</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Blálio</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Nellys</u>	CPF Nº:	

Dr. LEANDRO PONCELEAN
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>700</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>705</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>erupção</u>	11	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>elétrico</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0,0</u>				CIRCULANTE: <u>Valdinei</u>			
PROLENE							

05 PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE PINHO BORGES** (Prontuário: 479064)

Endereço: POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000

Nascimento: 18/06/1960 Idade: 57a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 669110

Requisição: 845363 Solicitação: 09/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1045503 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/06/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS NA PAREDE LATERAL E BASE DA ÓRBITA DIREITA, BEM COMO NO SEIO MAXILAR DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
9 NOV 2018

DPVAT

LAUDO MÉDICOPaciente: **JOSE DE PINHO BORGES** (Prontuário: **479064**)Endereço: **POV DIVINIPOLIS - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**Nascimento: **18/06/1960** Idade: **57a11m22d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **669110**Requisição: **845398** Solicitação: **10/06/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**Controle: **1045556** Convênio: **S U S****RELATÓRIO:**Cod. SIA: **0206020015**Data Exame: **10/06/2018****T.C. DE OMBRO ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO OMBRO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- FRATURA COMPLETA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
- FRATURA COMPLETA DESALINHADA COMPROMETENDO A PORÇÃO INFRAESPINHAL DA ESCÁPULA ESQUERDA.
- FRATURAS NOS ASPECTOS LATERAIS DO 3º AO 8º ARCOS COSTAIS ESQUERDOS.
- SUPERFÍCIES E ESPAÇOS ARTICULARES PRESERVADOS.
- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: JOSE DE PINHO BORGES
Data do exame: 20/08/2018

Id Paciente: LA396067
Data do laudo: 21-08-2018

Raio X da Clavícula Esquerda

Controle evolutivo de fratura na diafise clavicular fixada com placa e parafusos metálicos

Espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso
Médico Radiologista
CRM-PI: 3013



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Data do exame: 09/10/2018

Id Paciente: LA396067

Data do laudo: 16-10-2018

Raio X da Clavícula Esquerda

- Fratura na diáfise clavicular fixada por placa e parafusos metálicos.
- Espaço e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Data do exame: 20/08/2018

Id Paciente: LA396067

Data do laudo: 21-08-2018

Raio X da Clavícula Esquerda

Controle evolutivo de fratura na diafise clavicular fixada com placa e parafusos metálicos

Espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso

Médico Radiologista

CRM-PI: 3013



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE DE PINHO BORGES

Data do exame: 09/10/2018

Id Paciente: LA396067

Data do laudo: 16-10-2018

Raio X de Ombro Esquerdo

- R edução difusa da densidade mineral óssea.
- Fratura na diáfise clavicular fixada por placa e parafusos metálicos.
- Espaço e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série A - Nº
13810

- Carimbo da Unidade de Saúde

Carimbo da Unidade de Saúde
05.522.917/0036
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LINEU"
Rua Mayalhaes Filho, nº 152/Cel.
CEP 61000-350
Número do Prontuário: 350

Nome do paciente —
Jesu de Vito Braga
Endereço —

Nome do paciente

- Endereço

Número do Pronunciamento 157

- Bairros

Streets - defined

19 NOV 2018

Atento para o dendo fui ~~que~~ **DPVAT**
paciente reportado operado fratura de
clavícula e consolidada operi fractura
do húmero; paciente evoluindo com
perda funcional de 20% e perda de
seus esforços de 30%.

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3918 / EOT: 13135

221018

Carimbo e assinatura do(a) profissional

E

JOSE DE PINHO BORGES

DSY O LA39506/
Naic: 18/06/1960
OMERO ROTACAO EXTERNA
Chest
Im 1 / 2
1916 X 1576

JOSÉ DE PINHO BORGES
058Y O LA396057
Nasc: 18/05/1950
OMBRO/ROTAÇÃO-EXTERNA
CHEST
Im: 1/2
1975 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE DE PINHO BORGES
20/08/2018 058Y O LA396057
14:29:51 Nasc: 18/06/1960
CLAVICULA

CHEST
Im: 2/2
1760 X 2140

E



JOSE, DE PINHO BORGES
GEAY, O. A. 1996/7

Nasc: 18/06/1960

四百

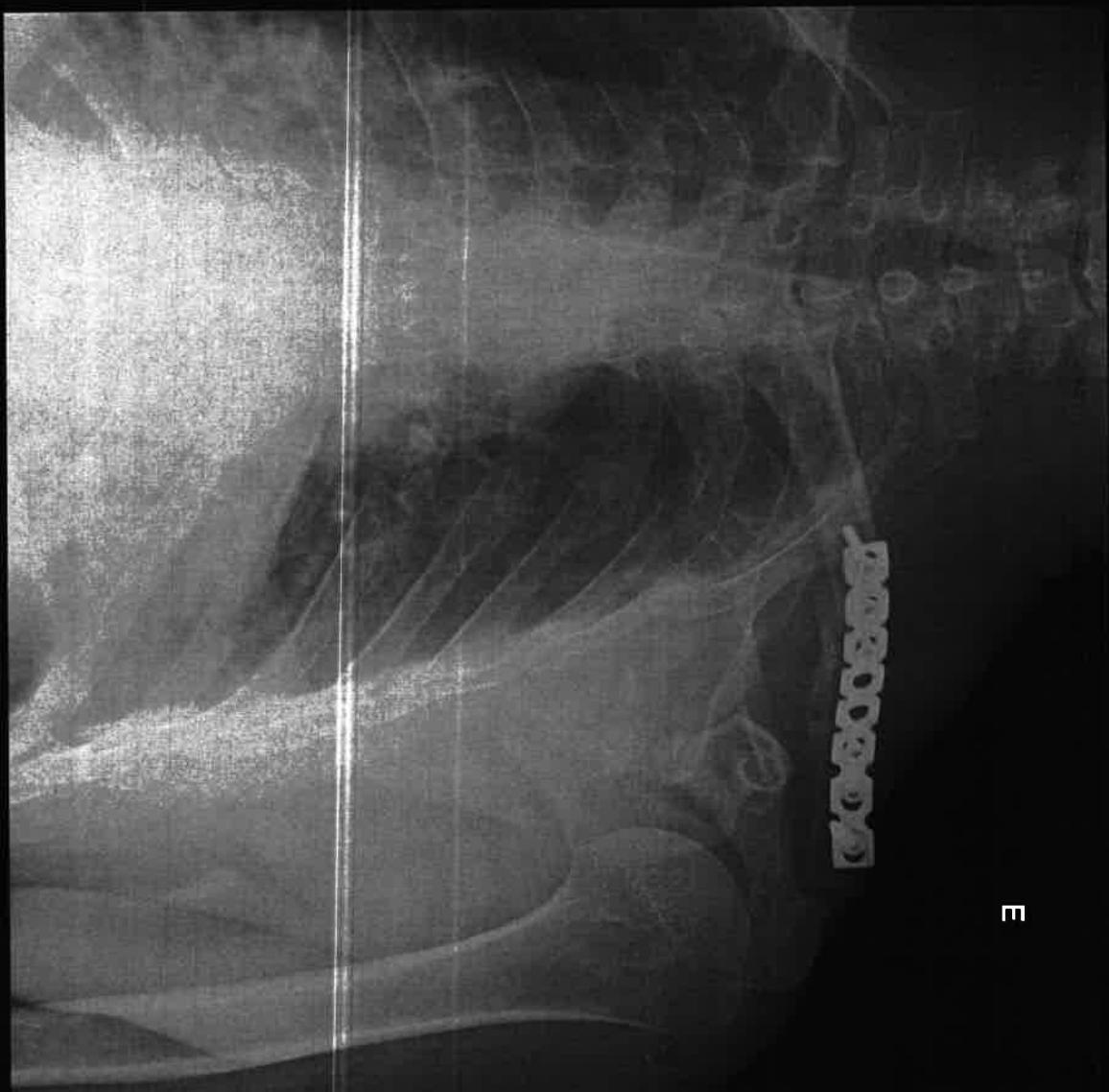
3422

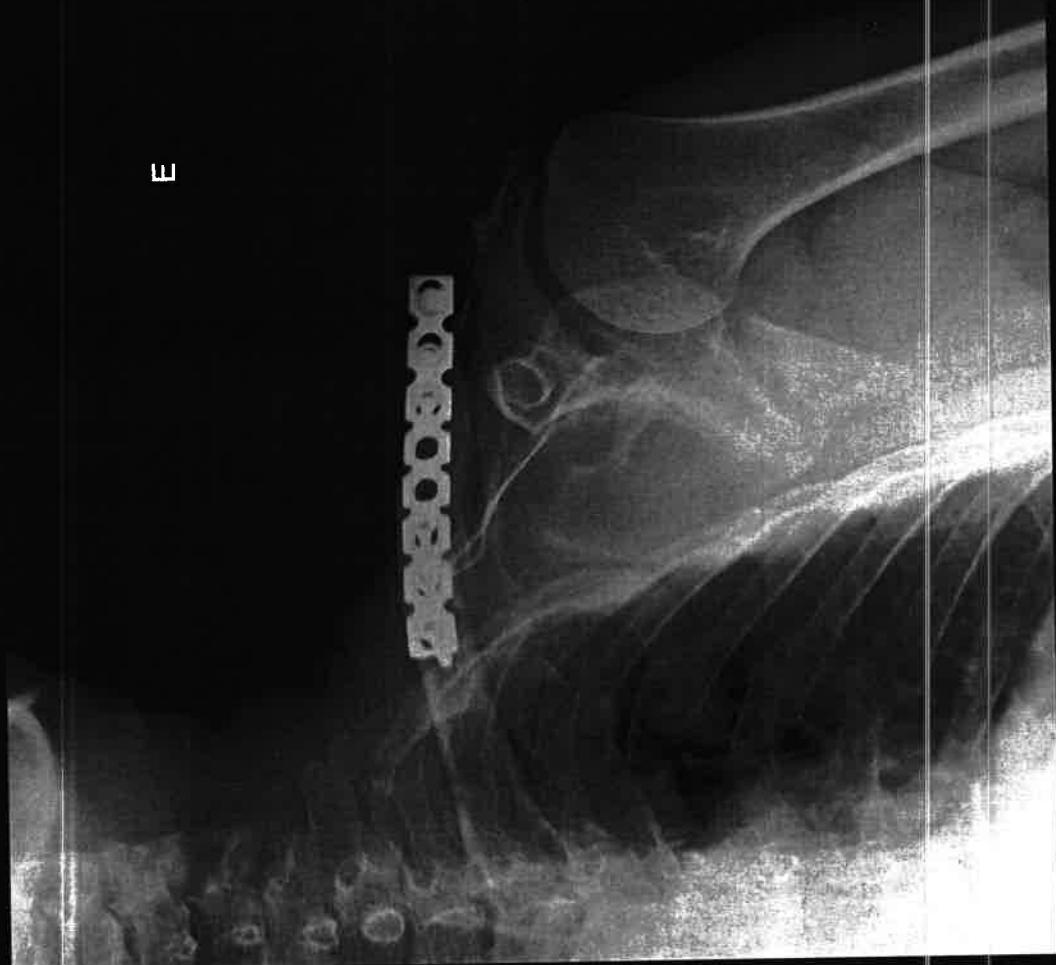
10

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

E-ERESMA
20/08/2018
14:29:51

三





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



José de Pinho Borges

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado a exigência por lei federal, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *José de Pinho Borges*
JOSE DE PINHO BORGES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 28/03/94

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Nº 3.427.746
DATA: 10.05.1992

JOSE DE PINHO BORGES

ESPOSA: Maria de Pinho Borges

União, PI
NATURALIDADE:

18.JUN.1960

Nascimento: 20.013, liv. 70, fls. 139
exp. União, PI

Pedro Gomes da Motta 7

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF: CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome:

JOSE DE PINHO BORGES

Nº de Inscrição:

704486943-72

Data de Nascimento:

18/05/60

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 NOV 2018

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WALTER JUNIOR CUNHA,
RG nº 3.210.095, data de expedição 17/07/08,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 052.178.663-06, com
domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOCALIDADE DIVINÓPOLIS, nº 570
complemento B-RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GARÉ DE PINHO BORGES cujo o condutor era
WALTER JUNIOR CUNHA

Veículo: YAMAHA / YBR 125 K1
Modelo: 2014
Ano: 2015
Placa: PIB-5172
Chassi: 9C6KE1950E0028243
Data do Acidente:
Local e Data: 09-06-2018

Walter Junior Wink
Assinatura do Declarante

*Walter Frimann et al.

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

CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º ÓFICIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lobão, s/n - Centro - União - PI - Fone: (86) 3265-1343 - CNPJ: 01.312.472/0001-42
Maria Délia Pinto de Oliveira - Tabelião Público / Luciene Oliveira Vieira - Escrivã Substituta



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 NOV 2018

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Walter Júnior Cunha,
RG nº 3.210.095, data de expedição 17/07/08,
Órgão SESP-PI, portador do CPF nº 052.178.663-06 com
domicílio na cidade de União, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Localidade Divinópolis, nº 5/nº
complemento B-1248AL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ DE PINHO BORGES, cujo o condutor era
Walter Júnior Cunha

Veículo: YAMAHA YBR-125 K1
Modelo: 2014
Ano: 2013
Placa: PIB-1572
Chassi: 9C6KE1950E0028243
Data do Acidente: 09-06-2018
Local e Data: União - PI



Assinatura do Declarante

Walter Júnior Cunha

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

COMARCA DE UNIAO
CARTÓRIO MATHIAS
SEGUNDO OF
MARIA DELINA PINHEIRO
Tabelião Públco e Oficial
LUCINETE OLIVEIRA
Escrivão
Fone/Fax: 3265-1350



CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA
2º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE IMÓVEIS E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO-PI
Rua Antônio Lobão, s/nº - Centro - União - PI - Fone: (86) 3761-1143 - CNPJ 01.12472/0001-42
Maria Delina Pinheiro do Nascimento - Tabelião Públco / Lucinete Oliveira Vieira - Escrivão Substituta

CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: WALTER JUNIOR
CUNHA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
UNIÃO-PI, 04/07/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,24
Total: 4,71 Selo: ABD-29948 (F560P18)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA Escrivão Substituta