

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: 02/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000015806-2

Nr. da Autenticação 0BA5CEC8D6469F40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653086 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE). P.01/05/13/16
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS O PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA O PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME A PÁG. 01
IMAGEM P.15

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

contabil
inteligente
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
Cep: 64.040-740/0001-99 (Insc. Estadual: 19.301.382-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEINF 04/98

Para consulta
consulte o número
do documento

STN CÓDIGO

0683024-2

Nº da Nota Fiscal 29320665

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

CONTA MES
OUTUBRO/2019
VENCIMENTO
05/11/2019
CONSUMO (KWH)
105
TOTAL A PAGAR (R\$)
62,08

ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS
R. JARDIM MILATO 1342 1942 - COHEB
CPF: 00000192358367
CEP: 64.130-000 - MIGUEL ALVES

ROT: 264.312.20.22.245400

DADOS DA LEITURA
Atual: 3706
Anterior: 3601
Próxima leitura: 28/11/2019
Emissão: 28/10/2019
Apresentação: 29/10/2019
Dias de Consumo: 31
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 105
Constante de Multiplicação: 105
Consumo Faturado: 105
Código de irregularidade: FCAM*

Fonte de faturamento: NORMAL
Código de irregularidade: FCAM*
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Ligação: MONO
Número Modificador: A1725859
Posto: 1.4.1.1
Módulo 12 meses: 96

RESID. HX. RENDA
HISTÓRICO KWH
Setor: 103
AGO/19: 100
JUL/19: 102
JUN/19: 100
MAI/19: 91
ABR/19: 90
MAR/19: 92
FEV/19: 84
JAN/19: 85
DEZ/18: 99
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 100 - 0,211674
101 A 100 - 0,211674
101 A 100 - 0,211674
101 A 100 - 0,211674

DESCRIÇÃO DA CONTA
CONSUMO 30 A R\$ 0,294653 = 8,83
70 A R\$ 0,505117 = 35,35
5 A R\$ 0,757663 = 3,78
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,75
DIFERENÇA DE TARIFA 40,43
SUBVENCAO BAIXA RENDA 29,06
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,76
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 0,13

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 67,05
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/11/2019, o rec. pagamento por parte do consumidor a inclusão do nome de consumidor na SCERS. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 608A.446A.77C1.F67A.F0B9.A3E4.B8D8.D7CF
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 18,58
Energia: 35,89
Transmissão: 6,07
Encargos: 2,97
Tributos: 24,88
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Base de Cálculo: 88,39
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 19,44
Valor do PIS: 1,40%
Valor do COFINS: 4,47
INDICADORES DE CONTINUIDADE
FIC: 0,00
DSAC: 0,00
DCCI: 0,00
Linha: 6,87 13,74 27,48 3,61 7,23 14,45 3,97
Realizado: 0,00
Período de aplicação: 03/2019
CDD: 17,16
Consumo: MIGUEL ALVES

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>LC SÃO FELIPE</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>UNIÃO</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:		CEP:	<u>64.120.000</u>	Tel. (DDD):	<u>(86) 995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante



Sr(a). BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 11/06/2019
BO=114520.000163/2019-90

HD = FRATURA DO RADIO DISTAL D

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO RADIO DISTAL D

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
EM PUNHO D ; F+E = 45 GRAUS

RX PUNHO D 2P =FRAT . RADIO
DISTAL D CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM PUNHO D

Teresina 21 de Novembro de 2019

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUÉIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSÉ FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-550

UNIDADE JÓQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUÁ ROCHA
(86) 3383-7353

UNIDADE PLANALTO
AV. ZEQUINHA FREIRA 3080
(86) 3231-0001

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOR 8064
Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOR 8064
Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:	SERVIDOR: <i>unônea</i>	DATA: <i>11/06/19</i>	HORA: <i>14:30</i>
01. DADOS DO PACIENTE:			
NOME: <i>Bernardo Freitas de Oliveira</i>	DN: <i>180898</i>	ID: <i>20</i>	SEXO: <i>M</i>
NOME DA MÃE: <i>Gliete de Oliveira Freitas</i>			
CNS: <i>700007043450106</i>	RG: <i>3.934.782</i>	CONTATO: <i>86 9952870</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua 02</i>	CEP:		
BAIRRO: <i>Coelha</i>	CIDADE: <i>Niquel Alves</i>	UF: <i>PI</i>	
FORMA DE ENCAMENHAMENTO:			
☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS			
ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA			
VITAIS/FC:	PA:	SAT. O2:	T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:			
OBSERVAÇÕES:			
CONFERE COM O ORIGINAL DATA: <i>21/11/19</i> <i>Antônia R. Viana da Silva</i> ANTONIA R. VIANA DA SILVA			
VERMELHO ☐	LARANJA ☐	AMARELO ☐	VERDE ☐ AZUL ☐
HORÁRIO:	ENFERMEIRO(A):	CONSELHO/REGISTRO:	
03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO			
<i>Pt com história de trauma motociclístico em</i> <i>braço D há 04h. Exerceu com amplitude de movimento do</i> <i>e punho.</i>			
04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US			
DIAGNÓSTICO			
<i>Seduto Pt de punho D.</i>			
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA			
<i>2</i>			
07. CONDUTA			
☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE			
08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA			
MÉDICO/CRM:	ENFERMEIRO(A)/COREN:	PACIENTE:	
MÉDICO ✓ CRM: <i>D. J. M. M. M.</i>	ENFERMEIRO(A) COREN: <i>D. J. M. M. M.</i>	<i>D. J. M. M. M.</i>	



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original
foi apresentado(a) e dou fé

Em 20/09/19

Setor do Arquivo Técnico do HPM

Luiz Henrique Vazquez Rios 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Bernardo Freitas de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

68774719

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE

Número do Laudo: **214342**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Nascimento: 18/08/1998

Procedimento:

0408020440 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CID:

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Data da Solicitação: 12/06/2019

Data da

Autorização: 12/06/2019 23:24:58

AIH.: 2219100427456

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 20/06/2019 11:00:39

Las Hemgas 000-0000 Res 5 TEX PM
RCPM 105/100143-21 Mai 14435-9
Código Selo de Arquivo Técnico

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPDM

CNES

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPDM

2323451

CNES

3323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

8980023/0342376 BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

NASCIMENTO PRONTUÁRIO SEXO

DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE

18/08/1998

487257

M

RG 1.934.787 PT 8099.0978/7 ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

RESPONSÁVEL

CEP ENDEREÇO (LOGRADOURO)

DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO

RUA CLAUDIALDO FREITAS

NÚMERO / LOTE

BAIRRO

COMPLEMENTO

1/35

CENTRO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408070407

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO

0408070440

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO

0408070407

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

S87.5

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

GIOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

123456789012345678

DATA SOLICITAÇÃO

01/07/2019

Giovanni J. Lima e Silva
CRM 1729 TEOT 5285

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JOSE DE ROBERTO SANTOS FILHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

123456789012345678

01/07/2019 08:25:13

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

Lus Henrique de Sousa Reis 1º TEN PM
RGPM 105/19113-2/ Mai 14455-9
Capelão do Departamento Técnico

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 214342
AHH: 2219100427456

FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA SERRA DA CURUPATI - ARACATUBA - SP

CNES

12323456

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA SERRA DA CURUPATI - ARACATUBA - SP

CNES

12323456

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

30800379-141276

NOME DO PACIENTE

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

NASCIMENTO

18/05/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

487747

DOCUMENTO CPF

13047879

TELEFONE

809949787

NOME DA MÃE

ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

RESPONSÁVEL

DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO

CEP

13047

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RUA CLAUDIO DE FREITAS

NÚMERO / LOTE

4735

BAIRRO

CENRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ADMITIDO TRATANDO-SE DE LESÃO DE MEMBRADO LIGAMENTAR DE MOVIMENTO DOR LOCAL AO RX, FRATURA DE RADIO ULNAR, POUQUINHA SINTOMATIZADA, CONSENTI, NÃO COMORBIDADES OU OUTROS SINTOMAS.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANATOMIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S829 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

020879100 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS E LESÕES LIGAMENTARES DO ANTEBRAÇO

LEIOCLÍNICA

ORTOPEDIA ALMAZOR OGATA AMCLINIC

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO

CONSELHO)

CARTEIR

13047879

DATA SOLICITAÇÃO

13/06/2019

DATA ADMISSÃO

13/06/2019

DATA ALTA

13/06/2019

MOTIVO ALTA

13/06/2019

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNP/SEGURODORA Nº DO BILHETE

SERIE CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO

CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE VALIAÇÃO

ALDIORRA

13/06/2019

13/06/2019

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Carimbo
13/06/2019
13/06/2019
13/06/2019

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

234342

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 996719
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 487747
7 - CNS: 70007043450106	8 - Nascimento: 18/08/1998
9 - Sexo: M	CPF: 071.170.033-83
11 - Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS	12 - Fone: 86-9.95297008
13 - Resp: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO	14 - Cor: PARDA
15 - Ender: RUA DOIS	19 - CEP: 64130-000
16 - Munic: MIGUEL ALVES	17 - Cod. IBGE: 220620
	18 - UF: PI
	RG: 39347-87

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
Dor e edema em punho Dir.

21 - Condições que justificam a Internação:
Necessite Ho amputação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):
Rx punho D

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO**

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 0408020440	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2
29 - Clínica: POSTO II	30 - Caracter.: 02	Ident.: 1
31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic. 16778699841	
33 - Nome Profissional / Assistente: LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 12/06/2019	35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.			

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento
50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
L. Ponce Leal

Usuário: **MARIA DORES**

Consulta Local:

Consulta SUS: **201906111118767**

Impressão: **23:01:28**



Polícia Militar do Piauí

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



2143/12

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		12/06/2019	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 996719		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		ENF 204 LEITO		Leito: 204	
Médico Assistente		Pal: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA			
Permanência		Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS			
CLÍNICA		RG: 3934787			
		Residência:			
		RUA DOIS		Bairro: COHEB	
		Nr.: 1142		Cidade: MIGUEL ALVES	
		Cep: 64130000		Telefone: 86 - 995297008	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Don e edema em
cunho de

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S525
Principal:	CID S525
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data da Hospitalização
12/06/2019 22:51:16	20/06/2019	

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros
		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ___/___/___

Assinatura: _____

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 17, 06, 2011
Nº DO PRONTUÁRIO: 987347
CÓD DA CIRURGIA: 0302040

NOME: Bernardo Freitas de Oliveira Idade: 40 Sexo: M ASA: 1
PROCEDIMENTO: Fr. de Extremidade distal - Bula Anest. e Laio: Blotz
CIRURGIÃO: Blotz ANX: Blotz ANEST: Blotz ANESTESIA: Blotz
INSTR.: Blotz CIRCO: Blotz INÍCIO: 16:10 FIM: 16:24 SALA: 03
PA: Blotz F.C.: Blotz PESO: Blotz Hto: Blotz Glicemia: Blotz Creatina: Blotz Respir.: Blotz

MONITORIAÇÃO	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

1. Afogadão 17.0
40.0
2. Afogadão 17.0
3. Afogadão 17.0
4. Afogadão 17.0
5. Afogadão 17.0

MONITORIAÇÃO
X HUGO E FIM DA ANESTESIA V.P.A. L. P.A. MEDS
X PRESENÇA CARDÍACA A.P.A. DIABÉTICA
TEMPERATURA

Técnica Anestésica: Blotz
Comentários Adicionais: Blotz

MONITORIAÇÃO
☒ ECG
☐ PAM
☒ PANI
☐ Oxímetro
☐ Capnógrafo
☐ PVC

Gases	Idade	Idade	Idade	Idade
O ₂	1.1			
N ₂ O	1.1			
A ₂ Misto	1.1			

Medicamentos Utilizados			
Adrenalina	Amp	Dolantina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp
Atropina	Amp	Etoril	Amp
Bextra	Amp	Eufedim	Amp
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml
Cefatolina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp
Ciprofloxacina	Fr	Halotano	ml
Clonidin	Amp	Hidrocodona	ml
colide ()	Fr	Isoturano	ml
Dexametazona	Amp	Jelco n°	Und
Diazepam	Amp	Lidocaina 1% V	Fr
Dimorf	mg	Meladiprimida	Amp
Dipirona	Amp	Manitol	Fr
		Midazolam	Fr
		Metronidazol	Fr
		Neocaina Psa 0.5%	Amp
		Narcen	Amp
		Novabupr 0.5%	Fr
		Nubain	Amp
		Neocaina 1% V	Fr
		Neocaina 0.5% Isobar	Amp
		Neostigmina	Amp
		Omeprazol	Fr
		Oxetazona	Amp
		Pobex Cel	Fr
		Pancufónio	Amp
		Profenid	Fr
		Propofol	ml
		Ranitidina	Amp
		Quelich	Amp
		Quetamina	ml
		Ronifentani	Fr
		Ringer-lactado	Fr
		S. Fisiológico 0.9%	ml
		S. Glicosado 5%	ml
		Scalp n°	Und
		Tracur	Amp
		Tidali	Fr
		Tramadol	Fr
		Tramadol	Fr

Diego Ruffino de Oliveira Veras
Anestesiologista
CRM-PI 5514



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 153840

PACIENTE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

DATA DO NASCIMENTO: 18/08/1998

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 12/06/2019

DATA DO LAUDO: 14/06/2019

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura distal dos ossos do antebraço direito.

Aumento de volume das partes moles adjacentes.

Pinçamento articular neste nível.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura óssea.

- Controle -

Luz Henrique V. L. - Médico - R. 15.114-1
R. 15.114-2 - Matr. 14.456-9
Cidade - São João do Araripe - Ceará


MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA
CRM: 1063



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 19 / 06 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO 48747 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Pde em ss les glomero
arrefric / per lise per
campos / mass / coctre
traço / n campalado
redução / cirado in
nitu" per cirurgia
curativo / tele perrede

Luiz Henrique Vitorino de Sá
RGPM 101.198.113-2 Mat. 14495-9
Cirurgião - 3º de Cirurgia Geral

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Antônia Erlene Dias
Médica em Enfermagem
OREN-PI 922.637



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 154830

NOME.....: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO....: 24/06/2019

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 20/06/2019

IDADE: 20 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 46633

RX PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de osteossíntese de fratura no punho.

**IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM**

Luz Heráclio V. Fontenele Reis 1º TEN PM
RCPM 107163133-2: Matr. 14495-9
Cade. Arquivo de Arquivo Técnico

Informações Gerais

- Paciente:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - 700007043450106 - 18/08/1998 (20 anos), União. Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS (/pacientes/231472)
- Class. Risco:** Muito urgente

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

Médico Solicitante

LUCAS BOUSINHO SILVA RODRIGUES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

VISUALIZAR SENHA (/internacoes/118767/visualizar_senha)

Observação Solicitante

BRUNA RECEBEU A SENHA : Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16

Observação Executante

; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura da extremidade superior do rádio

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HÁ 8H, EVOLUIU COM EDEMA EM PUNHO D, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO E DOR LOCAL. AO RX: FRATURA DE RÁDIO DISTAL. PACIENTE SEGUE ORIENTADO, CONSCIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. NEGA COMORBIDADES OU OUTROS SINTOMAS.

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NAO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 99

HPM-2019 06 11 1118767

Lucas Bousinho Silva Rodrigues
RCPM 100498133-2 / Matr. 14495-5
Diretor de Suporte de Apoio Técnico



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

MÉDICO

IDADE: **20 ANOS**

CONVÊNIO: **SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,50	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	12,3	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %	41,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: **Hemácias normocíticas e normocrômicas.**

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³ **2.900** 4.000 10.000

	%	REFERENCIAL		ABSOLUTO	REFERENCIAL	
Bastões	0	3	5	0	120	500
Segmentados	54	50	66	1.566	2000	6600
Eosinófilos	2	2	4	58	80	400
Basófilos	0	0	1	0	0	100
Linfócitos	43	20	30	1.247	800	3000
Monócitos	1	4	8	29	160	800
Metamielócitos	0	0	1	0	0	100
Mielócitos	0	0	0	0	0	0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

116.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: **Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas**

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP.QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
 CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

Luiz Henrique S. Francisco Res. 11 TEN PM
 RCPM 105188113-21 Mat. 14495-B
 Cade. 2 Setor de Apoio Técnico

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
 CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

IDADE: 20 ANOS

MEDICO

CONVENIO SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01

EXAME DE SANGUE

EXAMES

VALORES NORMAIS

VALORES ENCONTRADOS

GLICOSE

70 - 99 mg/dl

87

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPMS - FARMAC. / BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RAULINO F.FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF -PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0085

Luz Hentges Vesp. 2008 Mar - (Eh PA)
RCOM 10118871-2 Mat 14495-8
(Call to Sci do Arquivo Terceiro)

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC: 035.372-8

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 75

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 120x80

Observações

Dados de Notificação da Senha

Data	Usuário	Solicitante	Executante
12/06/2019 12:50	Natacha Welia da Silva Costa - Operador Internação - SESAPI	BRUNA RECEBEU A SENHA ; Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16	; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
12/06/2019 16:16	Arlene da Silva Fontenele - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
12/06/2019 12:03	GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA - Estab: Hospital da Polícia Militar Dirceu Arcoverde - HPM	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
12/06/2019 12:00	DENISE DE SOUSA LEAL MARTINS MOURA - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	tempo para transporte
11/06/2019 15:54	Ana Rita Gonçalves Melo - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
11/06/2019 15:43	LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011377563639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01079049921 RNTRO 2015

NOME MARIA DE NAZARE MORAES

70059993391

PLACA PIM-4529

PLACA ANT./UE - CHASSI 9C2JB0100GR028488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA - VENC. COTA UNICA - VENC. COTAS - 1º IPVA

FAIXA IPVA - PARCELAMENTO/COTAS - 00000000 - 2º - 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO SEGURO PAGO

ALIANÇA FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES 07/06/2016

ABRO MARTINS DO REGO LORRÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A RESPEITO DE TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391 PIM-4529 2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA 07/06/2016

VIA 1 QFF / CNPJ 70059993391 PLACA PIM-4529

RENAVAM 01079049921 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2015 QFF / CNPJ 9C2JB0100GR028488

PRÊMIO TARIFÁRIO
021,50 (R\$) 002,38 (R\$) 023,88 (R\$)

004,15 (R\$) 000,19 (R\$) 052,14 (R\$)

X COTA ÚNICA PARCELAMENTO PARCELADO 02/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
0120160195797

Nº 011377563639
65607578946

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
074501969475b50e7487fdb2e35b839a9d9140062916

VR 1 COL RENAVAM 01079049921 FENTRC

NOME/ENDERECO
MARIA DE NAZARE MORAES

R 14 DE AGOSTO 00030
URBANO PI

CPF/CNPJ 70059993391 PLACA PIM-4529

NOME ANTERIOR
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE

PLACA ANT/UF - CHASSI 9C2JB0100GR029488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2015 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL DATA
MIGUEL ALVES 07/06/2016

BRUNO MARTINS DO BRUNO LORRAO
GERENTE GERAL DO DETRAN - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.170.033-83 4 - Nome completo da vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA 6 - CPF: 071.170.033-83
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. JARDIM MULATO 9 - Número: 1142 10 - Complemento:
11 - Bairro: COHEB 12 - Cidade: MIGUEL ALVES 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.130.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 06) 995005512

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 4288 03 CONTA: 00015 806 2
(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 do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MIGUEL ALVES - PI 21/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR: *unõies*

DATA: *11/06/19*

HORA: *14:30*

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Bernardo Freitas de Oliveira* DN: *180898* ID: *20* SEXO: *M*

NOME DA MÃE: *Gliete de Oliveira Freitas*

CNS: *700007043450106* RG: *3.934.782* CONTATO: *86 99528700*

ENDEREÇO: *Rua 02* CEP:

BAIRRO: *Coebe* CIDADE: *Miguel Alves* UF: *PI*

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: PA: SAT. O2: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: *21/11/19*

Antônia

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

*Pt com história de trauma motociclístico em
braço D há 6h. Exclui com limitação de movimento do
e dor em punho.*

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

DIAGNÓSTICO

Síndrome do punho D.

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

2

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: ENFERMEIRO(A)/COREN: PACIENTE:

MÉDICO
CRM:

D. Lucas Moura
MÉDICO

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Daniel dos Santos



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

071.170.033-83

4 - Nome completo da vítima:

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

6 - CPF:

071.170.033-83

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. JARDIM MULATO

9 - Número:

1142

10 - Complemento:

11 - Bairro:

COHEB

12 - Cidade:

MIGUEL ALVES

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.130.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(66)995005512

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288

03

CONTA: 00015 806

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MIGUEL ALVES - PI, 21/11/19

Bernardo Freitas de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 001.1003.0000

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000163/2019-90

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Da Silva Nunes

Data/Hora: 05/11/2019 - 14:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

561398

Data/Hora

11/06/2019 - 10:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MIGUEL ALVES

Endereço

LOCALIDADE GATOS, Nº:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 SSP PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JARDIM DO MULATO, Nº 1142

Complemento: BAIRRO COHEB

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: MIGUEL ALVES

Telefone(s): 86-9937-9169

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, POP110I

2016 PIM4529

9C2JB0100GR028488

01079049921

Vermelha

Condutor: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JARDIM DO MULATO Número: 1142 Complemento: BAIRRO COHEB

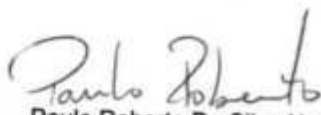
Cidade: MIGUEL ALVES UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: MARIA DE NAZARE MORAES

Cidade: MIGUEL ALVES UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia a fim de comunicar que na data do dia 11/06/2019, por volta das 10:00min, pilotava a motocicleta acima citada, na localidade Gatos, Zona Rural em Miguel Alves-PI, quando aproximava se da Ponte dos Gatos, o pneu trazeiro derrapou, perdeu o equilíbrio, caiu ao chão, onde sofreu uma fratura no punho direito; QUE foi socorrido pelo o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, levado para Hospital Estadual de União-PI e depois transferido para Hospital da Polícia Militar do Piauí de Teresina-PI; QUE tem como Testemunhas: o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, RG: 2.960.919, CPF: 602.464.943-60, residente e domiciliado na Rua 02 de Março, nº 365, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI, e o Senhor LUIZ ANTONIO FREITAS DE OLIVEIRA, RG: 3.653.250, CPF: 065.245.193.45, residente e domiciliado Rua Jardim Mulato, nº 1142, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI.



Paulo Roberto Da Silva Nunes - Mat.
AGENTE DE POL


BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653086

Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 0000015806-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653086

Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

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

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULA70 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.

MIGUEL ALVES-PI, 21 de Novembro de 2019.



Bernardo Freitas de Oliveira
OUTORGANTE



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64420-000
Tel / Cel.: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.278.312/0001-42
Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA, DO FE. EM TEST. DA VERDADE. UNIAO-PI 21/11/2019. Emol.: 3,85 - 7040,77 FMP: 0,10 - Selo: 0,20 - Total: 4,98 Selo: ABT. 92551 (F540P29)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

CAMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública Oficial do
Civil e das Casamentos
União - Piauí

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de
Registro e
Judiciais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABT 92551

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

234342

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 996719
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 487747
7 - CNS: 70007043450106	8 - Nascimento: 18/08/1998
9 - Sexo: M	CPF: 071.170.033-83
11 - Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS	12 - Fone: 86-9.95297008
13 - Resp: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO	14 - Cor: PARDA
15 - Ender: RUA DOIS	19 - CEP: 64130-000
16 - Munic: MIGUEL ALVES	17 - Cod. IBGE: 220620
	18 - UF: PI
	RG: 39347-87

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
Dor e edema em punho Dir.

21 - Condições que justificam a Internação:
Necessite Ho amputação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados):
Rx punho D

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO**

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C. Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 0408020440	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2
29 - Clínica: POSTO II	30 - Caracter.: 02	Ident.: 1
31 - Documento: CPF	32 Doc. Med. Solic. 16778699841	
33 - Nome Profissional / Assistente: LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 12/06/2019	35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.			

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento
50 - Ass. Carimb. (RG Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Leandro Ponce Leal

Usuário: **MARIA DORES**

Consulta Local:

Consulta SUS: **201906111118767**

Impressão: **23:01:28**



Polícia Militar do Piauí

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



214342

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		12/06/2019	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 996719		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		ENF 204 LEITO		Leito: 204	
Médico Assistente		Pal: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA			
Permanência		Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS			
CLÍNICA		RG: 3934787			
		Residência:			
		RUA DOIS		Bairro: COHEB	
		Nr.: 1142		Cidade: MIGUEL ALVES	
		Cep: 64130000		Telefone: 86 - 995297008	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Don e edema em
cunho de

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S525
Principal:	CID S525
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data da Hospitalização
12/06/2019 22:51:16	20/06/2019	

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros
		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ___/___/___

Assinatura: _____

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011377563639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 01079049921 RNTRO 2015

NOME MARIA DE NAZARE MORAES

70059993391

PLACA PIM-4529

PLACA ANT/UE - CHASSI 9C2JB0100GR028488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2015 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA

VENIC. COTA UNICA

VENIC/COTAS

IPVA

1º IPVA

PAGA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

00000000

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

PBT: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES

07/06/2016

ABNO MARTINS DO REGO LORRÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A RESPEITO DE TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391

PIM-4529

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 07/06/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 70059993391 PLACA PIM-4529

RENAVAM 01079049921 MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB 2015 COT. TARIF 9C2JB0100GR028488

PRÊMIO TARIFÁRIO

021,50 (R\$) 002,38 (R\$) 023,88 (R\$)

004,15 (R\$) 000,19 (R\$) 052,14 (R\$)

X COTA ÚNICA PARCELAMENTO PARCELADO 02/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
0120160195797

Nº 011377563639
65607578946

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
074501969475b50e7487fddbe39b839a9d9140062916

VR 1 COL RENAVAM 01079049921

NOME/ENDEREÇO
MARIA DE NAZARE MORAES

R 14 DE AGOSTO 00030
URBANO PI

CPF/CNPJ 70059993391 PLACA PIM-4529

NOME ANTERIOR
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE

PLACA ANT/UF - CHASSI 9C2JB0100GR029488

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2015 ANO MOD 2016

CAP/POT/CIL 02P/0109CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.24

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL DATA
MIGUEL ALVES 07/06/2016

BRUNO MARTINS DO BRUNO LORRAO
GERENTE GERAL DO DETRAN - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412058/19

Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

CPF: 071.170.033-83

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/06/2019

Titular do CPF: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA : 071.170.033-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



LEI Nº 7.116 DE 29/06/03 - DECRETO Nº 69.250/03

ASSINATURA DO DIRETOR

REGISTRO GERAL 3.934.787 DATA DE EMISSÃO 09/08/13
NOME BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO
ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS
DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 18/08/1998
DOC. OMISSÃO
CERT. NASC. 52126 L A67 F 177
EXP MIGUEL ALVES-PI 03/12/98
TERESINA - PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR
Bernardo Freitas de Oliveira
8232481

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
D2C6.96F3.002A.828B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:34:56 do dia 13/03/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.170.033-83

Nome
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Nascimento
18/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 / 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>LC SÃO FELIPE</u>	Número: <u>S/N</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIÃO</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.120.000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULAÇO 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.

MIGUEL ALVES-PI, 21 de Novembro de 2019.



Bernardo Freitas de Oliveira
OUTORGANTE



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua André de Lóbia, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64420-000
Tel / Cel.: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.278.312/0001-02
Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE: BERNARDO
FREITAS DE OLIVEIRA, DO FE. EM TEST. DA
VERDADE. UNIAO-PI 21/11/2019. Emol.: 3,85 - 10:0,77
FIMP: 0,10 - Selo: 0,20 - Total: 4,98 Selo: ART. 92551 (F540F29)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

CAMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública Oficial do
Civil e do Casamento
União - Piauí

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Assessoria de
Registro e
Judiciais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA

ABT 92551