

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FRANCISCO DE SOUZA BARROSO

CPF da Vítima

227. 858. 843 - 53

Data do Acidente

25/11/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

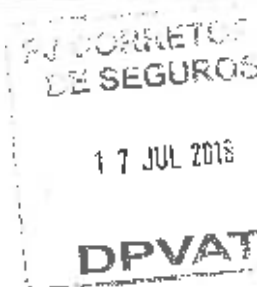
Teresina, 13 de JULHO de 2018

Local e Data

Francisco de Souza Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à pericia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Fortaleza 03 de Agosto de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Francisco de Sales Gomes*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

DALI001 V001/2017

**TERESINA**

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA**  
Rue Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

**UPA**  
ZAH

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 25/11/2017 19:55:50  
(User: BRUNO NOURA)  
(Estação: SERVICOSOCIAL)

<b>Nome:</b> FRANCISCO DE SALES BARROSO		<b>Prontuário:</b> 43422
<b>Mãe:</b> MARIA MONTEIRO DO N BARROSO		<b>Pai:</b> JOSE PASCOAL BARROSO
<b>End.Resid.:</b> QD E 3 CASA 10 LOT NOVA ENATNA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:		
<b>Nascimento:</b> 29/01/1963	<b>Idade:</b> 54a:10m:27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-32373-9060
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b>	
<b>Profissão:</b>	<b>Documento:</b> CPF: 227.858.843-53	
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo	<b>E.Civil:</b> Casado(a)	
<b>End.Local:</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 219268	<b>Entrada:</b> 25/11/2017 19:17:20	<b>Convênio:</b> S O S
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOTAXISTA CONDUTOR		

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Área Incidência:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
Intercorrências Clínicas	Respiratório	Dor moderada (4-7/10).	Amarelo
<b>Breve História Clac. Risco:</b> ACIDENTE DE MOTOCICLISTA. CONDUTOR UTILIZAVA CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA, INFORMA DOR INTENSA COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM BRAÇO D, APRESENTA ESCORIAÇÃO NO TÓRAX. NEGA COMORBIDADES E/OU ALERGIAS			ANTONIA JOCTLEIDE NEVES DA SILVA 254700 COREN Em: 25/11/2017 19:21:50

**Ass.Profissional Clac. Risco:**

**SEVV:** (Hora: : )

<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> 0 bpm	<b>Pressão:</b> 0 mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	---------------------	------------------------

**DADOS CLÍNICOS:**

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

**Diagnóstico Inicial:**

7

**CID:**

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

rx

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

- 1- DIFIRONA - 2ML + 10 ML AD EV
- 2- TILATIL 20 MG + 10 ML AD EV

*Exter*  
*10*

17 JUL 2018

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

ALTA COM RECEITA

**DATA:**

**HORA:**

*Francisco Sales Barroso*  
Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA NOURA  
CRM 5338 Em: 25/11/2017 19:55:57



*Manfredo di Sully Barreto*  
ASSINATURA DO CLIENTE OU RESPONSÁVEL

[illegible][illegible]

NOME: FRANCISCO DE SALES BARROSO		MÊS: MARÇO MÊS DO NASCIMENTO BARROSO	
END. RESID.: RUA SOUZA SANTANA 05 FLS 10 - 30M PRINCÍPIO - TRASSIM - RJ - CEP: 20.000-010		END. RESID.: RUA SOUZA SANTANA 05 FLS 10 - 30M PRINCÍPIO - TRASSIM - RJ - CEP: 20.000-010	
NASCIMENTO: 28/01/1965		IDADE: 38:10M:27d	
RESPONSÁVEL: CAROLINA ROSA		SEXO: MASCULINO	
PROFISSÃO:		CNS: 70342044419876	
G. Instrução: fundamental incompleto		DOCUMENTO: CPF: 1.1854.484-93	
END. LOCAL:		E. CIVIL: CASADO	
DADOS DO ALENTORE:		PRONTUÁRIO: 450648	

BOLETIM DE ENTRADA - BE

ADDS TO PATIENT:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Oziel Filho, 1823 - Redenção - Fone: 86 3225 4818  
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 09.522.517/0002-02



SABEMI SEGURADORA S/A

10 AGO 2018

RECEBIDO



Para contatar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
1405899-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.040.748-001 - B - (Esc. Estadual), 70.304-500-2  
Rua Piauí / Centro de Cuiabá - São José - Série B-1  
Regist. no respectivo "diário" de distribuição pela SEREZ 06/16

Nº da Nota Fiscal 006957917

A Tabela Sistema de Energia Elétrica - (SEE) foi aprovada  
pela Lei nº 10.435 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	95	88,54

FRANCISCO DE SALES BARROSO  
LT NOVA SANTANA S/N QD G3 CASA 10 B-RURAL  
CPF: 00027785884353  
CEP: 64.045-030 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Ativo	6074	Ativo	12/06/2018
Anterior	5979	Anterior	11/05/2018
Consumo Anterior	1,000	Proxima Leitura	13/07/2018
Consumo Médio	95	Emissão	11/06/2018
Consumo Faturado	95	Reconhecimento	12/06/2018
	FCM		

Consumo Faturado	NORMAL	Consumo Faturado	32
------------------	--------	------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome/Endereço	Cidade	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês de 12 meses
RESIDENCIA					

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAI/18 86	CONSUMO 95 A R\$ 0,788843 = 74,94
ABR/18 84	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP) 6,60
MAR/18 90	DOACAO LBY - 0800 055 5099 7,00
FEV/18 82	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,58
JAN/18 23	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,77
DEZ/17 18	
NOV/17 93	
OUT/17 91	
SET/17 27	
AGO/17 50	

TARIFA SON 1000  
6 A 95 - 0,788843

MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumida e sistema a ser pago do faturamento de
05/2018	74,42	energia elétrica e sistema a ser pago do faturamento de

FORNecedor  
DE SEGUROS  
17 JUL 2018  
DPVAT

SABEMI SEGURADORA S/A

<b>ELEOTRAS</b> Distribuição de Energia Elétrica S/A Rua ... nº ... CEP: 00000-000		<b>JUNHO/2018</b> 19/06/2018 95		FRANCISCO DE SALES BARROSO LT NOVA SANTANA S/N QD GI CASA 10 E-RURAL CEP: 04.055-030 - TEREZINA CPF: 00022785884353	
		NORMAL 6074 5979 1,000 95 95		FCM 12/06/2018 11/05/2018 13/07/2018 11/06/2018 12/06/2018	
		RESIDENCIAL MONO 4295948		1 1 1 1 105	
CONSUNDO CONTR. ILUMINACAO PUB (COSP) DOCAO LBY - 0802 055 5099 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 86 84 90 82 23 18 93 27 50		74.94 6.60 7.00		04 95 - 0 079930	

Declaração do proprietário do veículo

Eu, GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO

RG: 38.842.641-7 Data da expedição 09 / 03 / 2004

Órgão SSP-SP, portador do CPF:

795.257.413-20 Com domicílio na cidade

de TERESINA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na( Rua/ Avenida/

Estrada) LOTEAMENTO NOVA SANTANA Q.E1 - CASA

10 n°                      complemento BOM PRINCÍPIO

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é( Era) de Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

FRANCISCA DE SALES BARROSO o condutor

Era FRANCISCA DE SALES BARROSO

Veículo: PAS / NENHUMA / MOTONETA

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2015 / 2015

Placa: PIH - 3052

Chassi: 9C2JC4820FR554757

Data do Acidente: 25 / NOVEMBRO / 2017.

Local e Data: Timon, 09 / 07 / 2018.

Gardenia Rosa M. Chaves Barroso

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales Barroso

Assinatura do condutor( caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório do 1º Ofício  
Tribunal de Justiça do Maranhão  
Serviço de Registro de Imóveis e de Matrículas  
Gardenia Rosa Mon-  
teiro Chaves Bar-  
roso  
Em Testemunha  
do Verdadeiro  
29.07.2018  
Rach Maria de O'Nei  
Escriturante



24 AGO 2018

RECEBIDO

Declaração do proprietário do veículoEu, GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO  
RG: 38.842.641-7 Data da expedição 09 / 03 / 2004Órgão SSP-SP, portador do CPF:795.252.413.20 Com domicílio na cidade  
de TERESINA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na( Rua/ Avenida/

Estrada) LOTEAMENTO NOVA SANTANA Q.E.1 - CASA  
30 nº                      complemento BOM PRINCÍPIODeclaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é( Era) de Minha  
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:FRANCISCA DE SALES BARROSO o condutorEra FRANCISCA DE SALES BARROSOVeículo: PAS / NENHUMA / MOTONETAModelo: HONDA / BIZ 125 ESAno: 2015 / 2015Placa: PIH - 3052Chassi: 9C2JC4820FRSS4757Data do Acidente: 25 / NOVEMBRO / 2017.Local e Data: Timor, 09 / 03 / 2018.Gardenia Rosa M. Chaves Barroso

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales BarrosoAssinatura do condutor( caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do  
sinistro)

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Com a data da 1ª Expedição  
24/08/2018

Assinatura do  
Reclamante  
Gardenia Rosa Mon-  
teiro Chaves Bar-  
roso

Assinatura do  
Condutor  
Francisco de Sales Bar-  
roso

Assinatura do  
Reclamante  
Gardenia Rosa Mon-  
teiro Chaves Bar-  
roso

Assinatura do  
Condutor  
Francisco de Sales Bar-  
roso



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 25/11/2017 19:55:59

(User: BRUNO MOURA)

(Retaco: SERVICOSOCIAL)

<b>Nome:</b> FRANCISCO DE SALES BARROSO		<b>Prontuário:</b> 43422
<b>Mãe:</b> MARIA MONTEIRO DO N BARROSO		<b>Pai:</b> JOSE PASCOAL BARROSO
<b>End.Resid.:</b> QD E I CASA 10 LOT NOVA SMATNA - BOM PRINCIPIO - TERESINA - PI - CEP: -		
<b>Nascimento:</b> 29/01/1963	<b>Idade:</b> 54a:10m:27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 96-32373-9060
<b>Responsável:</b> O MESMO	<b>CNS:</b>	
<b>Profissão:</b>	<b>Documento:</b> CPF: 227.858.843-53	
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo	<b>E.Civil:</b> Casado(a)	
<b>End.Local.:</b>		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 219268	<b>Entrada:</b> 25/11/2017 19:17:20	<b>Convênio:</b> SUS
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOTAXISTA CONDUCTOR		

## ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Área Incidência:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
Intercorrências Clínicas	Respiratório	Dor moderada (4-7/10).	Amarelo
<b>Breve História Clas. Risco:</b> ACIDENTE DE MOTOCICLISTA; CONDUCTOR UTILIZAVA CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA, INFORMA DOR INTENSA COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM BRAÇO D, APRESENTA ESCORIAÇÃO NO TÓRAX. NEGA COMORBIDADES E/OU ALERGIAS			ANTÔNIA JOCEIDE NEVES DA SILVA 254700 COREN Em: 25/11/2017 19:21:50

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____ : ____)	<b>Ass.Profissional Clas. Risco:</b>
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2
<b>Pulso:</b> 0	<b>hmp</b>	<b>Pressão:</b> 0 mmHg

## DADOS CLÍNICOS:

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

## EXAMES COMPLEMENTARES:

rx

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- 1- DIFIRONA - 2ML + 10 ML AD EV
- 2- TILATIL 20 MG + 10 ML AD EV

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável: *Francisco Sales Barroso*BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
CRM-5338 Em: 25/11/2017 19:55:57

Alta



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Francisco de Sales Barros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460648



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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otonário Tito 1520 - Redenção - Fone: 86 3229 1111

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Data: 25/11/2017 20:57:41

Data: 25/11/2017

Número: 000001

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> FRANCISCO DE SALES BARROSO		<b>Prontuário:</b> 460648
<b>Mãe:</b> MARIA MONTEIRO DO NASCIMENTO BARROSO	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> LOT NOVA SANTANA QD EI CS 10 - SOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEI: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 29/01/1963	<b>Idade:</b> 54a:10m:27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-93237-9060
<b>Responsável:</b> GARDELA ROSA		<b>CNS:</b> 70340718341681F
<b>Profissão:</b>		<b>Documento:</b> CPF: 11.1958.493-73
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto		<b>E. Civil:</b> Casado
<b>End. Local:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 638725	<b>Data:</b> 25/11/2017 20:53:44	<b>Condução:</b> - - -
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)		<b>Convênio:</b> S O S
<b>Acid. Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
		<b>CID Secundário:</b> V399

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Evento Principal:</b> Dor leve recente	<b>Destino:</b> ORTOPEDISTA	<b>Classificação:</b> <b>Verde</b>
<b>Breve História:</b> paciente encaminhado da UPA do primeiro com quadro de fratura torçãõ de 1º grau do 5º dedo da mão direita após acidente motociclistico na rampa de subida da rua da conselheira almeida, eq. 15, sem alergia medicamentosa.		<b>Profissional Clas. Risco:</b>  ROMAN BEZERRA HOLANDA CRM: 12664 PI Em: 25/11/2017 20:57:40	

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: : )

TRAUMA NO PUNTO (D) FRATURA RADIO DEXT.

PA: X mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

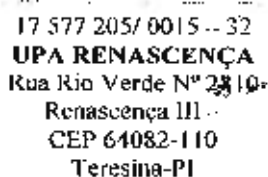
<b>MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:</b>		<b>Procedimento:</b> 0408020407	<b>CID:</b> 5525
<b>DATA:</b> / /	<b>HORA:</b> :		

Francisco de Sales Barroso

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico






S 52.5

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Médico responsável pelo encaminhamento/cáritax: \_\_\_\_\_

## FICHA DE RETORNO

De:	Para:	17 JUL 2016
DIAGNÓSTICO		
		
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

17 JUL 2016

10



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE	PROV.
Francisco de Sales Barros	
FRANCISCO DE SALES BARROS	

NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

FRANCISCO DE SALES BARROSO

## DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APZ.	LEITO
Francisco de Sales Bezerra FRANCISCO DE SALES BEZERRA					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 25/08/2019 HORA: 14h					
1 - Dieta geral					
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h					
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h					
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h					
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h					
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h					
7 - CEGG + SSVV					

**MÉDICO/CRM:**

Mod: 007



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco de Sales Borges

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de rádio distal D

Operação - Tipo

Osteossíntese

Cirurgião

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

1º Assistente

Dr. Hugo

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Conceição

Anestesiista

Dr. Fernanda

Anestesia

Bloqueio

Anestésico(a)

Data da Operação

26/07/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

WY

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

Pt em mesa sob bloqueio do plexo braquial  
D: Anestesia e antisepticos - cirurgia estéril  
Redução da fratura de rádio distal D e  
Fixação percutânea com fio de Kirschner sob  
radioscopia; curativo; Sola gacha

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-P: 3989

17 JUL 2018





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS  
Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/11/17

NOME DO PACIENTE: <u>Agnes de S. S.</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fr. de perna</u>	CIRURGIA: <u>Amputação</u>
ANESTESIA: <u>B-P. Bz.</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Daniel Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Daniel Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Fernando</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Conceição</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVP; TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Caepom</u>	ML	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRENCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elctrodos</u>		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Excorias</u>		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Desterio</u>			
PROLENE							

# FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 26.11.12	P. ARTERIAL 120x75	PULSO 90	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NDI							
SISTEMA CIRCULATÓRIO NDI					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO NDI					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO Jejum Completo > 24h				SISTEMA URINÁRIO NDI			
ESTADO MENTAL Calma 15				CORTICOIDES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura radioulnar Distal Direita				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				EFEITOS			
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 2Lp			TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS		<div> <div>500</div> <div>400</div> <div>300</div> <div>200</div> <div>100</div> </div>			<div> <div>4h de oxigênio 2Lp</div> <div>Jejum 500ml</div> <div>Jejum 2Lp</div> <div>Jejum 2Lp</div> <div>Jejum 500ml</div> </div>		
TEMPERATURA T	260						
P. ARTERIAL	240						
V. O	220						
PULSO	200						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	180						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	160						
RESPIRAÇÃO O	140						
SÍMBOLOS		RE ~ RE ~ RE ~ RE			SEQUÊNCIA		
TÉCNICAS		Bloqueio de Plexo Braquial			1. Aparelho de monitorização de oxigenação		
OPERAÇÕES		Redução do fratura + fixação percutânea			2. Monitorização		
CIRURGIOS		Dr. Sérgio			3. Controle de pressão		
ANESTESISTAS		Dra. Fernanda S. M. Soares			4. Bloqueio de plexo braquial		
		CRM-PI 4024			5. Bloqueio de plexo braquial		
					6. Bloqueio de plexo braquial		
					7. Bloqueio de plexo braquial		
					8. Bloqueio de plexo braquial		
					9. Bloqueio de plexo braquial		
					10. Bloqueio de plexo braquial		
					11. Bloqueio de plexo braquial		
					12. Bloqueio de plexo braquial		
					13. Bloqueio de plexo braquial		
					14. Bloqueio de plexo braquial		
					15. Bloqueio de plexo braquial		
					16. Bloqueio de plexo braquial		
					17. Bloqueio de plexo braquial		
					18. Bloqueio de plexo braquial		
					19. Bloqueio de plexo braquial		
					20. Bloqueio de plexo braquial		
					21. Bloqueio de plexo braquial		
					22. Bloqueio de plexo braquial		
					23. Bloqueio de plexo braquial		
					24. Bloqueio de plexo braquial		
					25. Bloqueio de plexo braquial		
					26. Bloqueio de plexo braquial		
					27. Bloqueio de plexo braquial		
					28. Bloqueio de plexo braquial		
					29. Bloqueio de plexo braquial		
					30. Bloqueio de plexo braquial		
					31. Bloqueio de plexo braquial		
					32. Bloqueio de plexo braquial		
					33. Bloqueio de plexo braquial		
					34. Bloqueio de plexo braquial		
					35. Bloqueio de plexo braquial		
					36. Bloqueio de plexo braquial		
					37. Bloqueio de plexo braquial		
					38. Bloqueio de plexo braquial		
					39. Bloqueio de plexo braquial		
					40. Bloqueio de plexo braquial		
					41. Bloqueio de plexo braquial		
					42. Bloqueio de plexo braquial		
					43. Bloqueio de plexo braquial		
					44. Bloqueio de plexo braquial		
					45. Bloqueio de plexo braquial		
					46. Bloqueio de plexo braquial		
					47. Bloqueio de plexo braquial		
					48. Bloqueio de plexo braquial		
					49. Bloqueio de plexo braquial		
					50. Bloqueio de plexo braquial		
					51. Bloqueio de plexo braquial		
					52. Bloqueio de plexo braquial		
					53. Bloqueio de plexo braquial		
					54. Bloqueio de plexo braquial		
					55. Bloqueio de plexo braquial		
					56. Bloqueio de plexo braquial		
					57. Bloqueio de plexo braquial		
					58. Bloqueio de plexo braquial		
					59. Bloqueio de plexo braquial		
					60. Bloqueio de plexo braquial		
					61. Bloqueio de plexo braquial		
					62. Bloqueio de plexo braquial		
					63. Bloqueio de plexo braquial		
					64. Bloqueio de plexo braquial		
					65. Bloqueio de plexo braquial		
					66. Bloqueio de plexo braquial		
					67. Bloqueio de plexo braquial		
					68. Bloqueio de plexo braquial		
					69. Bloqueio de plexo braquial		
					70. Bloqueio de plexo braquial		
					71. Bloqueio de plexo braquial		
					72. Bloqueio de plexo braquial		
					73. Bloqueio de plexo braquial		
					74. Bloqueio de plexo braquial		
					75. Bloqueio de plexo braquial		
					76. Bloqueio de plexo braquial		
					77. Bloqueio de plexo braquial		
					78. Bloqueio de plexo braquial		
					79. Bloqueio de plexo braquial		
					80. Bloqueio de plexo braquial		
					81. Bloqueio de plexo braquial		
					82. Bloqueio de plexo braquial		
					83. Bloqueio de plexo braquial		
					84. Bloqueio de plexo braquial		
					85. Bloqueio de plexo braquial		
					86. Bloqueio de plexo braquial		
					87. Bloqueio de plexo braquial		
					88. Bloqueio de plexo braquial		
					89. Bloqueio de plexo braquial		
					90. Bloqueio de plexo braquial		
					91. Bloqueio de plexo braquial		
					92. Bloqueio de plexo braquial		
					93. Bloqueio de plexo braquial		
					94. Bloqueio de plexo braquial		
					95. Bloqueio de plexo braquial		
					96. Bloqueio de plexo braquial		
					97. Bloqueio de plexo braquial		
					98. Bloqueio de plexo braquial		
					99. Bloqueio de plexo braquial		
					100. Bloqueio de plexo braquial		
					101. Bloqueio de plexo braquial		
					102. Bloqueio de plexo braquial		
					103. Bloqueio de plexo braquial		
					104. Bloqueio de plexo braquial		
					105. Bloqueio de plexo braquial		
					106. Bloqueio de plexo braquial		
					107. Bloqueio de plexo braquial		
					108. Bloqueio de plexo braquial		
					109. Bloqueio de plexo braquial		
					110. Bloqueio de plexo braquial		
					111. Bloqueio de plexo braquial		
					112. Bloqueio de plexo braquial		
					113. Bloqueio de plexo braquial		
					114. Bloqueio de plexo braquial		
					115. Bloqueio de plexo braquial		
					116. Bloqueio de plexo braquial		
					117. Bloqueio de plexo braquial		
					118. Bloqueio de plexo braquial		
					119. Bloqueio de plexo braquial		
					120. Bloqueio de plexo braquial		
					121. Bloqueio de plexo braquial		
					122. Bloqueio de plexo braquial		
					123. Bloqueio de plexo braquial		
					124. Bloqueio de plexo braquial		
					125. Bloqueio de plexo braquial		
					126. Bloqueio de plexo braquial		
					127. Bloqueio de plexo braquial		
					128. Bloqueio de plexo braquial		
					129. Bloqueio de plexo braquial		
					130. Bloqueio de plexo braquial		
					131. Bloqueio de plexo braquial		
					132. Bloqueio de plexo braquial		
					133. Bloqueio de plexo braquial		
					134. Bloqueio de plexo braquial		
					135. Bloqueio de plexo braquial		
					136. Bloqueio de plexo braquial		
					137. Bloqueio de plexo braquial		
					138. Bloqueio de plexo braquial		
					139. Bloqueio de plexo braquial		
					140. Bloqueio de plexo braquial		
					141. Bloqueio de plexo braquial		
					142. Bloqueio de plexo braquial		
					143. Bloqueio de plexo braquial		
					144. Bloqueio de plexo braquial		
					145. Bloqueio de plexo braquial		
					146. Bloqueio de plexo braquial		
					147. Bloqueio de plexo braquial		
					148. Bloqueio de plexo braquial		
					149. Bloqueio de plexo braquial		
					150. Bloqueio de plexo braquial		
					151. Bloqueio de plexo braquial		
					152. Bloqueio de plexo braquial		
					153. Bloqueio de plexo braquial		
					154. Bloqueio de plexo braquial		
					155. Bloqueio de plexo braquial		
					156. Bloqueio de plexo braquial		
					157. Bloqueio de plexo braquial		
					158. Bloqueio de plexo braquial		
					159. Bloqueio de plexo braquial		
					160. Bloqueio de plexo braquial		
					161. Bloqueio de plexo braquial		
					162. Bloqueio de plexo braquial		
					163. Bloqueio de plexo braquial		
					164. Bloqueio de plexo braquial		
					165. Bloqueio de plexo braquial		
					166. Bloqueio de plexo braquial		
					167. Bloqueio de plexo braquial		
					168. Bloqueio de plexo braquial		
					169. Bloqueio de plexo braquial		
					170. Bloqueio de plexo braquial		
					171. Bloqueio de plexo braquial		
					172. Bloqueio de plexo braquial		
					173. Bloqueio de plexo braquial		
					174. Bloqueio de plexo braquial		
					175. Bloqueio de plexo braquial		
					176. Bloqueio de plexo braquial		
					177. Bloqueio de plexo braquial		
					178. Bloqueio de plexo braquial		
					179. Bloqueio de plexo braquial		
					180. Bloqueio de plexo braquial		
					181. Bloqueio de plexo braquial		
					182. Bloqueio de plexo braquial		
					183. Bloqueio de plexo braquial		
					184. Bloqueio de plexo braquial		
					185. Bloqueio de plexo braquial		
					186. Bloqueio de plexo braquial		
					187. Bloqueio de plexo braquial		
					188. Bloqueio de plexo braquial		
					189. Bloqueio de plexo braquial		
					190. Bloqueio de plexo braquial		
					191. Bloqueio de plexo braquial		
					192. Bloqueio de plexo braquial		
					193. Bloqueio de plexo braquial		
					194. Bloqueio de plexo braquial		
					195. Bloqueio de plexo braquial		
					196. Bloqueio de plexo braquial		
					197. Bloqueio de plexo braquial		
					198. Bloqueio de plexo braquial		
					199. Bloqueio de plexo braquial		
					200. Bloqueio de plexo braquial		



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU7**

Rua Dr. Otto Tito 1828 - Redenção - Fone: 33 3212 1440

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DE SALES BARROSO** (Fronteiras 486643)  
 Endereço: LOT NOVA SANTANA QD 21 CS 10 - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI CEP: 64005-010  
 Nascimento: 29/01/1963 Idade: 54anos30d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202045  
 Requisição: 723312 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
 Controle: 983960 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO: EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 26/11/2017

### PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em paiperfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfase distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

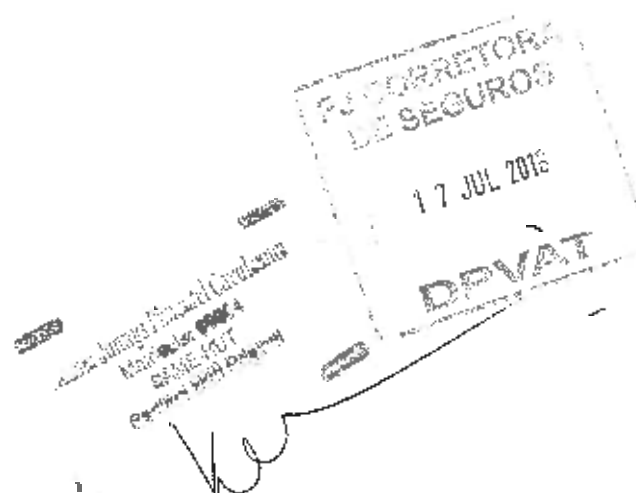
(FRANCI SILVA)

TERESINA - PI 28/11/2017

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





## LAUDO MEDICO

Paciente:	FRANCISCO DE SALES BARROS	(Identificação: 483445)
Endereço:	LOT NOVA SANTANA DO ET CS 10 - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI CEP: 64000-015	
Nascimento:	29/01/1953	Idade: 64anos00d
Requisição:	793312	Solicitação: 26/11/2017
Controle:	983930	Contratado: S U S
RELATÓRIO:		
Exame:	EXTRA DOZ	ANEXO I
Atendimento:	202945	Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Origem: INTERNAÇÃO		
Sexo: Masculino		
CUNHA ORTOPEDIA - P11		

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 26/11/2017

O estudo radiológico de punho direito foi realizado nas incidências em perfil.

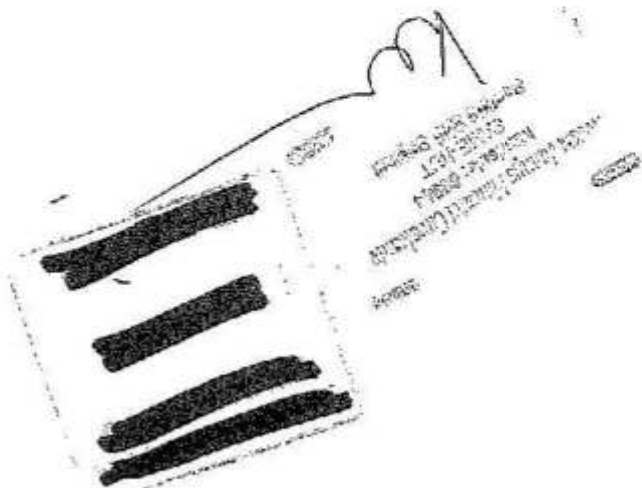
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfase distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(FERNANDA SILVA)

TERESINA - PI 28/11/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO  
CPF: 227.529.623-34 CRM-1727  
Profissional Responsável



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



NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460648

NOME DO PACIENTE: Francisco de Sales Mourão

HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



RECEBIDO

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Nota





## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Mãe: MARIA MONTEIRO DO X BARROSO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 29/01/1963

Idade: 54:10m:27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-32373-9060

CNS:

Documento: CPF: 227.858.843-53

E. Civil: Casado(a)

End. Local:

G. Instrução: Médio Completo

Profissão:

Responsável: O MESMO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Mãe: MARIA MONTEIRO DO X BARROSO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 29/01/1963

Idade: 54:10m:27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-32373-9060

CNS:

Documento: CPF: 227.858.843-53

E. Civil: Casado(a)

End. Local:

G. Instrução: Médio Completo

Profissão:

Responsável: O MESMO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Mãe: MARIA MONTEIRO DO X BARROSO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

Nascimento: 29/01/1963

Idade: 54:10m:27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-32373-9060

CNS:

Documento: CPF: 227.858.843-53

E. Civil: Casado(a)

End. Local:

G. Instrução: Médio Completo

Profissão:

Responsável: O MESMO

End. Resid.: 00 E-1 CASA 10 LOT NOVA ENTRA - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP:

## ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Síntoma de Apresentação: Área Incidência:

Respiratório

Classificação: Dor moderada (4-7/10).

Amarelo

Breve História C/As. Risco:

ACIDENTE DE MOTOCICLETA, CONDIÇÃO UTILIZAVA CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA, INFORMAR DO COMORBIDADES E/OU ALERGIAS

ANTONIA DOCTEIRE NEVES DA SILVA

254700 CORREN

Em: 25/11/2017 19:21:50

Ass. Profissional Class. Risco:

SSVV:

(Hora: )

DADOS CLÍNICOS:

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

Diagnóstico Inicial:

EXAMES COMPLEMENTARES:

EX

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1- DILATOR - 2ML + 10 ML AD-EV  
2- ATIVATIL 20 MG + 10 ML AD-EV

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECÉPTE

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável:

Francisco de Sales Barroso

PRONTO ATENDIMENTO DA SILVA MOURA  
CRM-5338 Rm: 25/11/2017 19:55:57

Fundação Municipal de Saúde

**SNS**

5845: 2542037013

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De:	UVA	Para:	HUT
Francisco de Sales		Bomato	
		Registro:	

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Postrak, 51 anos de idade, três filhos  
 de mais com ~~Tramontana~~ de parte  
 que resultou em febre tifoide de  
 exantema local distal de nódos. Pali  
 2+/4+  
 20/10/1944  
 G. com...  
 20/10/1944

25/11/17	TERESINA-PA	Dr. ORIORE C.R. 2534 11/17	Médico responsável pelo encaminhamento/caminho
----------	-------------	----------------------------------	--

FICHA DE RETORNO		De:	
Para:		Diagnóstico	
TRESINA-PI		Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



17 577 205/ 0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2819-  
Renasçença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI

852.5



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

25



HUP  
HOSPITAL DE URGÊNCIA  
DE PERNAMBUCO

Francisco de Sales Barros

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO DE SALES BARROS

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENF ou APL

LEITO

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALISTA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
DATA: 25/11/2019 HORA: 1

- 1 - Dieta Geral
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h
- 4 - Isoniazida 200mg + ADEV 12/12h
- 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
- 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h
- 7 - CCGG + SSVV

Antônio Carlos de Vasconcelos  
Otorrinolaringologista  
CRM-PE 13827 / CON. PE. 2882

Francisco de Sales Barros

Dr. Benedito Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 8509

Dr. Benedito Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 8509

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

**BOLEIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO**  
 DATA 26/11/18

NOME DO PACIENTE: *Francine de Jesus*  
 PROFISSIONAL Nº: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: *de parto*  
 ANESTESIA: *B.P.B.*  
 ANESTESIA: *B.P.B.*  
 CIRURGIAO: *Dr. B. B.*  
 AUXILIAR: *Dr. B. B.*  
 ANESTESIA: *Dr. Fernando*  
 INSTRUMENTADORA: *Conceição*  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_  
 CPF Nº: \_\_\_\_\_  
 Nº DA SALA: *0.9*

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x9	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVP DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 500	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 300	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		Sonda URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.			OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Desfido</i>			
PROLENE							



00111110 01111110

Francisco de los Angeles  
Francisco de los Angeles

*C. f. f. f.*

Dr. J. B. ...

3° Assistente

3ª Asistente

Anestesia

Blagum

454

Diagnostic Procedures

1000

1000

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Dengel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRAM- 3909

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**NOME**  
FRANCISCO DE SALES BARROSO

**DOC. IDENTIFICACAO (RG)**  
493972 582/PI

**DATA NASCIMENTO**  
29/01/1953

**RUA**  
JOSE PASCOAL BARROSO

**MARIA MONTEIRO DO N BA**  
RROSO

**PERMISSAO**  
ACC

**CAT. HNS**  
AB

**Nº REGISTRO**  
03182670024

**VALIDADE**  
14/03/2019

**Nº HABILITACAO**  
21/08/1988

**COEFICIENTES**

*Francisco de Sales Barroso*

**LOCAL**  
SAO PAULO, SP

**DATA EMISSAO**  
35/03/2014

**02556996467**  
**SP625020642**

**DETRAN-SP (SAO PAULO)**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS**  
912350212

**PROVIDO PLASTIFICAR**  
912350212

CORRETOR  
DE SEGUROS  
17 JUL 2018  
DPVAT



912350212

PROIBIDA PLASTIFICAR

02556996467

15/03/2014

SPAO BAULO, SP

Francisco de Sales Barroso

03182670024

21/08/1968

24/03/2019

227.858.943-53

29/01/1963

493973 882/21

DOC IDENTIDADE/CDS (BRASIL)

FRANCISCO DE SALES BARROSO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO

TRANSPORTE NACIONAL DE VEICULOS

912350212

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL

RECEBIDO

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170190095 Nº 013156086648  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO 1 COD. RENAVAM 1044703579 ANO FAB. 2018

NOME  
GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARRO

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 70325741920 PLACA PIH-3052

CHASSI 9C2JC4820FR554757

PAS/MOTONETA / WENHUNA

COMBUSTIVEL ALCO/BASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CVT / POT / CIL 002F/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

I  
P  
Y  
A

FAIXA LIVEL

VENO COTA ÚNICA

VENO / COTAS  
1º IPVA  
2º  
3º PAGOS

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO

IOF (R\$) 8000

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES  
A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N  
TRANSERENCIA

TERESINA DATA 13/4/2018

APRO MARTINS DO REGO LORAO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013156086648 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/4/2018

VEICULO 1 CPF / CNPJ 70325741920 PLACA PIH-3052

RENAVAM 1044703579 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 09 CHASSI 9C2JC4820FR554757

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 81,28 DENATAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO 185,50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 06/03/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.210.000/0001-01

MAIORIA  
DE SEGUROS

17 JUL 2018

DPVAT



SABEMI SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco de Sales Bneiros  
 DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 229.858.843-53  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É PAI  
 ENDEREÇO DO PORTADOR LOT. NOVA SANTANA, 00 61 CASA  
 Nº do complemento PI BAIRRO San Francisco  
 CIDADE Paracatu UF PI CEP 64000-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (86) 9.9403.0776

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A AUSÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 17/07/2018  
 IDENTIDADE 493972 SSP PI

ASSINATURA

Francisco de Sales

RESPONSÁVEL PELA CORRETORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

DE SEGUROS

DPVAT



# CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO

RECEBIDO

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Eu, Francisco de Sales Brasileiro  
 Portador do RG: 49397255 e CPF 227.858.823-88

Endereço: Lot. Nova Saurama Qd G1 / casa 50

Bairro: Dom Feliciano Cidade: Petropolis UF RJ

Visto solicitando a análise da avaliação diante

do processo de identificação relacionada à mi

nte pessoa, tive meu processo negado com

a fundamentação de não haver seguros.

Passei por um procedimento clínico no funo,

e até o di atual sem dor sem f meza.

Pelo avaliador avaliador, que avalia a minha

avaliação de corpo presente, ou seja, através de

uma perícia para constatar a lesão, sem mais

Cidade: Petropolis (RJ) 07 / 08 / 2018.

Assinatura da vítima

Francisco de Sales Brasileiro

10 AGO 2018

RECEBIDO

Declaração do proprietário do veículo

Eu, GRACIELA ROSA MONTIÃO CHAVES BARROSO  
 RG: 38.842.641-7 Data da expedição 09 / 03 / 2004  
 Órgão SSP-SP, portador do CPF:

795.257.413-00  
 Com domicílio na cidade de ITAPETINGA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na Rua/Avenida/  
ESTRADA LOTAMENTO NOVA SERRAVALA O.E.I - CASA  
10 nº complemento BOM REINICIO

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (Eu) de Minha  
 propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

FRANCISCA DE SALES BARROSO o condutor  
Era FRANCISCA DE SALES BARROSO

Veículo: PAS / VENTURA / MOTONETA  
 Modelo: HONDA / B12 125 ES  
 Ano: 2015 / 2015

Placa: PIH - 3052

Chassi: 9C2JC4820FR554757

Data do Acidente: 25 / NOVEMBRO / 2017

Local e Data: Timor - 09 / 03 / 2018

GRACIELA ROSA MONTIÃO CHAVES BARROSO

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales Barroso  
 Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do  
 sinistro)

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Carteiro do 1º Ofício  
 T160N-6/A

Em Timor, 09 de Março de 2018.  
GRACIELA ROSA MONTIÃO CHAVES BARROSO  
 Eu, GRACIELA ROSA MONTIÃO CHAVES BARROSO  
 RG: 38.842.641-7 Data da expedição 09 / 03 / 2004



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Leandro de Sales Barros  
 DATA DO ACIDENTE 25/11/2012 CPF DA VITIMA 229.858.843-53  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VITIMA É Pai ( ) Barros  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Lot. Nova Sma, 0061, casa  
 Nº 40 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Barra  
 CIDADE Itapetininga UF PA CEP 61000-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 9.0401.0716

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) LAUDO DO IPR (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IPR - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IPR (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATÓRIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, IMPLANTANDO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, INDETERMINADO O NOME

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS (HOSPITAIS, OBITERIAS, OUTRAS)  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDEMNIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, IMPLANTANDO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, INDETERMINADO O NOME

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE - R\$ 13.500,00

- \* INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOUTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOUTRANSITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA 03/08/2018IDENTIDADE 493972-552/81

ASSINATURA

Leandro de Sales Barros

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECEBIDO

10 AGO 2018

ABEMI SEGURADORA S/A

RESIDÊNCIA

TOS QUE

OU

CARTÃO BANCÁRIO

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Nº Sinistro: 3180370658

Vitima: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180370658**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Nº Sinistro: 3180370658

Vitima: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180370658**.

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**

Carta nº 13228800



---

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Nº Sinistro: 3180370658

Vítima: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Data do Acidente: 25/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180370658**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 227.858.843-53 Nome completo da vítima: FRANCISCO DE SALES BARROSO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: FRANCISCO DE SALES BARROSO CPF titular da conta: 227.858.843-53 Profissão: Autônomo  
Endereço: LOT. NOVA SERRANA QD 61 CASA Número: 10 Complemento: ZONA RURAL  
Bairro: BOM PRINCÍPIO Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: 64000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): 86.9.94030796

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> GRADESCO (2371) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO: _____ NR: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA: <u>3389</u>	CONTA: <u>39654</u>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TERESINA, 13 de JULHO de 2018  
Local e Data

Francisco de Sales Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Campos 1 - Assinatura do Beneficiário

teigat anuotamsa: deš op anuotamsy - 2 odmet

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A

Local e Data

Teo. W. B. de Hoon de 2018.

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

<p><b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b></p> <p>RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTAS</b> Poupança (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):</p> <p><input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00    <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00    <input type="checkbox"/> SEM RENDA</p> <p><input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)    <input type="checkbox"/> BRADESCO (237)    <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)    <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)</p> <p>AGÊNCIA <input type="text"/> CN <input type="text"/> DV <input type="text"/> + <input type="text"/> 3658</p> <p>(Informar dígito se existir)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>CONTAS</b> Corrente (Todos os bancos):</p> <p><input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00    <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00    <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00    <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00</p> <p>BANCO <input type="text"/> Nome <input type="text"/></p> <p>AGÊNCIA <input type="text"/> CN <input type="text"/> DV <input type="text"/></p> <p>(Informar dígito se existir)</p>
---	--

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL	
Nome completo	FRANCISCO DE SAUS BARBOSA
Endereço	LOT. MARA SERRAVAL 00-61
Bairro	BARRO FORTINHO
Cidade	ITACAMA
CPF titular da conta	229.858.443-53
Profissão	AVULSARIO
Complemento	300m Lote 2
CEP	04090-000
Estado	PI
Telefone (DDD)	86 3.9203 0776

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	223.858.843-53	Flaviano de Sales Brito

**E obrigatorio Representante Legal para:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CREDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FISICA - CIRCULAR SUSPE 445/12



**Seguradora**  
**LÍDER**  
Adm. do Seguro de Vida



RECEBIDO

10 AGO 2018

SABEMI SEGURADORA S/A





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos poderão impedir o crédito de indenização.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário precisa ser assinado pelo Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa assinar o formulário no campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

24 AGO 2018  
**RECEBIDO**

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

227.858.843-53

Nome completo da vítima

FRANCISCO DE SALES BARROSO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Francisco		CPF titular da conta 227.858.843-53	Profissão Autônomo
Endereço Lot. Nova Santana Qd. G1 casa		Número 10	Complemento
Bairro Bom Princípio	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP 64000-000
Email		Telefone (DDD) 86 9 8402 0776	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

3389

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

34654

(Informar dígito se existir)

DV

7

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

RIO

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina-PI 20 de Agosto de 2018.

Local e Data

Francisco de Sales Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. DA COSTA E SILVA

DATA: 21/08/2018

HORA: 14:29:02

TERMINAL: 19891034

CONTROLE: 198910340234

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3389.013.00039554-7  
NOME: FRANCISCO DE SALES BARROSO

CAIXA (CAIXA ECONOMICA FEDERAL) - AG. DA COSTA E SILVA

**CAIXA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002398/2018-14**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 11/07/2018 - 15:48

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

25/11/2017 - 18:55

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POVOADO

Endereço

ESTRADA DO CENTRO DOS AFONSIINHOS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 493972

Mãe: MARIA MONTEIRO DO N. BARROSO

Endereço: QUADRA E 1, CASA 10, LOTEAMENTO NOVA SANTANA, Nº

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3237-9060 86-8896-3838

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125, ANO 2015, PLACA PIH-3052, PROPRIETÁRIA GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO, CPF 79525741320, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA ESTRADA, QUANDO AO PASSAR POR UMA PEDRA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR ELIVELTON MONTEIRO CHAVES MACEDO, CPF 059.189.023-25, ENCAMINHADO PARA A UPA DE RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 43422, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 480648. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA  
Almiralce R. Lebre Carlos  
Escrivão Especial  
Mat. 009761-6

Francisco de Sales Barroso  
FRANCISCO DE SALES BARROSO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia







Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil

SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002398/2018-14



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local: VIA PÚBLICA

Município: TERESINA

Endereço: ESTRADA DO CENTRO DOS AFONSIINHOS, Nº: 10

Complemento: Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

RG: 493972

Mãe: MARIA MONTEIRO DO N. BARROSO

Endereço: QUADRA E 1, CASA 10, LOTEAMENTO NOVA SANTANA, Nº 10

Bairro: BOM PRINCÍPIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3237-9060 86-8898-3838

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência: 1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125, ANO 2015, PLACA PIH-3052, PROPRIETARIA GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO, CPF 79625741320, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA ESTRADA, QUANDO AO PASSAR POR UMA PEDRA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR ELIVELTON MONTEIRO CHAVES MACEDO, CPF 059.189.023-25, ENCAMINHADO PARA A UPA DE RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 43422. DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 460648, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Francisco de Sales Barroso

FRANCISCO DE SALES BARROSO - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia