

Alta



NOME DO PACIENTE: Ronilda Oliveira Belo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510 199

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".

Imp: 04/05/2019 12:15:05
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULPA01)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Prontuário: 510199

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

Pai:

End.Resid.: QD:0 CS:23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 22/06/1969

Idade: 49a10m12d

Sexo: Feminino

Fone: 86-98831-0778

Responsável: MARIA DO SOCORRO

CNS: 705206491808271

Profissão: COMERCIAL

Documento: Reg.Nasc: 00

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720047

Entrada: 04/05/2019 12:05:13

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Motivo da Procura

Forma Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condutção: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

RAIO-X REALIZADO
DATA 09/05/2019
Técnico: [Assinatura]

SSVV: (Hora:)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Negá perda de consciência, otorragia e rinorragia.

vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical e prancha rígida.

MV + bilateralmente sem RA.

C: AC: BNF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inocente, peixe estável; SatO2: 98%. pulso 80.

Glasgow 15, pupilas iso-foto

E: sem escoriações.

CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1209048) - MÃO DIREITA

RA: Fratura de base do 5º metacarpo O dorsal
CD: Ductos por fratura crânio

Prescrição Médica:

Marcos Vitor de Carvalho Filho
Traumatologista
CRM-PI 4792 TEOT 12501

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 04/05/2019 12:15:03



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Guilherme Oliveira

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Nitrogênio O ₂ A	ol	10x											
2 Xilocaína	ol	60x											
3 Midazolam	ol	0,4											
4 Propofol	ol	0,2											
5 Fentanyl	ol	10x											
6 Dexametasona	ol	10x											
7 Lidocaína	ol	0,2											
8 Cloridrato	ol	30x											
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2l	Caudal											
AR/N ₂ O	%												
Volátil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico

Cat. Venoso nº G

☐ Dificuldade acesso venoso

Gaúchos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal 2L

☐ IOT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO₂

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☐ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☒ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Desóbio:

SPO₂ (%) 97 91 95 91

ETCO₂ (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Bloq. femoral no ulna us/p & ddaço

Tempo anestesia
00:20:00

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05 / 05 / 19

NOME DO PACIENTE: Rosilda Oliveira Belo	PRONTUÁRIO Nº: 510199
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Bruma	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Tiago	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Sana	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0/8.0	PAR	01/01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		expon	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- luvas - 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- luvas - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				- cateter nasal - 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Vamir			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>Rosilda O. Belo</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura distal de 5º metacarpo @</u>		
Operação - Tipo <u>Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios x</u>		
Cirurgião <u>Dr. Bruno F. Leite</u>	1º Assistente	
2º Assistente <u>Dr. Bruno F. Leite</u>	3º Assistente	
CRM-4245/TEOT: 11438	Anestesiologista	Anestesia
Instrumentador		
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em D.O.A. sob anestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução cirúrgica + fixação percutânea de base do 5º metacarpo com fios x sob neoscopia
- 4) Curia tipo bulsa

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Paula Oliveira Belo			Ortopédica	P2	corredor	ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA CÓDIGO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
04/05/19	Intensa dor lombar 8º movimento				14:05' Admitida no Posto 02. Eng.º Fernando M. Chaves Cavalcante COPRAMEIRA COREN: 79289	
1	Dieta livre; jejum após 02					
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h					
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h		10/24/06			
4	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS		10/22/06			
5	Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS					
6	Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h					
7	CCGG + SSV					
8						
9	CIRURGIA AMANHA COM DR. BRUNO FARIAS					
						

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

238357

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:

ROSILDA OLIVEIRA BELO

6 - Prontuário:

510199

7-CNS:

705206481808271

8-Nascimento:

22/05/1969

9-Sexo:

Feminino

11-Mão:

ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

12-Fone:

86-98831-0778

13-Resp:

MARIA DO SOCORRO

14-Çor:

Sem Informação

Endex:

QD:O CB:23 - VILA SANTA MARIA - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE:

221100

18-UF:

PI

19-CEP:

64000-010

16-Munic:

TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

trauma de mão D com fratura de base de 5º metacarpo

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:

fratura de outros ossos do metacarpo

24-CID Prim:

S623

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:

0408020377 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

29-Clinica:

30-Caráter:

Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

04/05/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

Marcos Vitor P de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 47927-201-22507

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Docmento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Maria do Socorro de O. Belo

Usuário:

MARCOS VITOR

Consulta Local:

720047

Consulta SUS:

Impressão:

04/05/2019 13:47:22

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:86552 ROSILDA OLIVEIRA BELO
IDADE.....:49 anos
MÉDICO:BRUNO FREIRE
SEXO.....:

CNS: 705206481808271
REQ:
DATA EXAME: 22/05/2019
CONVÊNIO: SUS

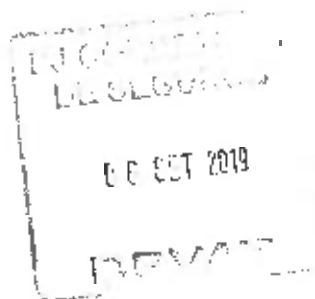
RX DA MÃO DIREITA

ACHADOS:

Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.
Interlinhas e superfícies articulares: integras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.



ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Osvaldo Soares de Carvalho Junior
CRM 3090

DIR

CEIR
CENTRO INTEGRADO
DE REABILITAÇÃO

AV HIGINO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE: (86) 3198-1500

ROS



22/06/1969 12:31 22/05/2019

52
EIRA BELO.

88.6%



DIR

Valido
001 135 9 0
DE 02/06/2010
03/06/2010

PROPOSTA PLASTIFICAR

1918696331

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1918696331

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS

NOME: ROSA OLIVEIRA NELO

CPF: 119098 888 71

CPF: 344.133.723-26

DATA DE NASCIMENTO: 22/06/1969

RENOME: GREGOR CHRISTIANO NELO

NOVA NOME OLIVEIRA NELO

CPF: 04954627241

DATA DE NASCIMENTO: 30/07/2024

CPF: 01/08/2010

LOCAL: TERESINA, PI

ASSINATURA: Rosa Oliveira Nelo

DATA DE EMISSÃO: 31/07/2024

NUMERO DE REGISTRO: 00000471316

PIAUÍ

DFACALAP

130119: 0101 001 001 001 001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

1100165524669 Nº 014758455461
DETRAN - MA
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2019

01 165524669
RUI OLIVEIRA BELD

364.133.723-20 PLACA NMT6702

V. NOVO PI 9C2JC4110AR509944

PAS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

00002P/0124 CI

08/03/19

01 0,00

80,11 0,32 84,58

04/04/19

AF /BANCO ITAUCARD S/A

AF

05/04/2019

0002572 001 04323

0002572 001 04323

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

MA Nº 014758455461 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 2019 DATA EMISSÃO 05/04/2019

01 364.133.723-20 PLACA NMT6702

165524669 HONDA/CG 125 FAN KS

2009 09 9C2JC4110AR509944

PRÊMIO TARIFÁRIO

36,05 4,01 40,06

4,15 0,32 84,58

04/04/19

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

0002572 001 04323

0002572 001 04323

0002572 001 04323

0002572 001 04323

CONTRAN

CONTRAN

130119: 0101 001 001 001 001

cepisa

COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ
 Av. das Indústrias, 100 - Jd. Santa Helena - Curitiba - PR
 CEP: 81250-000 Fone: (0xx41) 333-1111
 Telex: 5000 CEPISA PR
 E-mail: cepisa@cepisa.com.br

Atenção: Não Pagar

023995327

Atividade: 023995327
 Descrição: 023995327
 Data: 04-07-2019

CONTAS MEN	VENCIMENTO	CONSUMO (kwh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	12-07-2019	30	20,14

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
 R. TRANSMANIAN FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL

CNPJ: 0003472912300

CNPJ: 0003472912300

ROT: 023995327-01578

Descrição	Valor	Data
Atualiz.	06/07/2019	
Valor	12-06-2019	
Prorrateo	05-08-2019	
Enquad.	04-07-2019	
Apropriação	06-07-2019	

Forma de pagamento: **MINIMO** 24

Classe/Qualidade: **RESIDENCIAL MONO** 1761030007 1.1.1.1 0

Consumo: **CONSUMO** 30 A R\$ 0,671578 = 20,14

Adicional: **ADICIONAL BANSEIRA AMARELA** - 0,09

Consumo	Valor
JUN/19	0
MAY/19	0
ABR/19	0
MAR/19	0
FEV/19	0
JAN/19	0
DEZ/18	0
NOV/18	0
OCT/18	0
SET/18	0

DATA DE VENCIMENTO: 12-07-2019

DEBEMOS PAGAR A DÍVIDA DE 20,14

FATURADO PELO MINIMO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art. 87), SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art. 171) - RES 414/10 ANEEL
 LIMITE 0000 0000 0000 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parâmetros: Até o dia 04-07-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Peço exposta, eu

Antonio Flávio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ

347-229-123-100

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosilene Oliveira Belo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 354-133-723-20

do sinistro de DPVAT cobertura

Invólucro 2

da vítima

Rosilene Oliveira Belo

inscrito (a) no CPF sob o Nº

354-133-723-20

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:

Rua Traquairan, Lote 2, 2021

Número:

23

Complemento:

1059

Bairro:

Piquiri Brasil II

Cidade:

Teresina

Estado:

PI

CEP:

6402-095

E-mail:

Tel.(DDD):

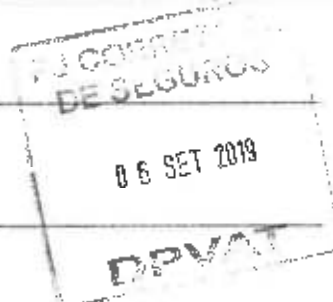
86.99498-2980

Local e Data:

Teresina 06/09-2019

Antonio Flávio de Souza

Assinatura do Declarante



C

NOME / ENDEREÇO
 MORADOR FRANCISCA DE OLIVEIRA BELO
 CON RESID PAULO DE TARSO 0---0-CASA-023-STA MARIA DA
 CODICI-TERESTINA-PI-cep:64312840
 LOCALIZAÇÃO
 018-00007-006125
 HISTÓRICO DE CONSUMO
 MÊS/ANO TIPO LDO PATUOADO
 07/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 06/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 05/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 04/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 03/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 02/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 01/2019 Mês 12 20 12/01/2019
 DATA LETURA
 ANTERIOR 25/07/2019 265
 ATUAL 27/08/2019 5
 CONSUMO MÊS MÊS 10
 LIT 1270,00/L
 PRE PAGAR 50,00+1,50+1,32
 COMISS 02,00+7,50+6,00

TABELA DE TAXAS
 RESIDENCIAL
 TAXA DE CONSUMO R\$/M³ E (R)
 18 0,0000 00
 19 25 5,7729 20
 20 90999 9,6610 00
 NÃO RESIDENCIAL
 TAXA DE CONSUMO R\$/M³ E (R)
 21 0,0000 00
 22 25 5,7729 20
 23 90999 9,6610 00
 DESCRIÇÃO
 VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
 > Residencial-Normal 10,0 m³ 30,66
 CREDITO/DEBITO DE ARRECADAC Resíduo 29,50
 CREDITO/DEBITO DE ARRECADAC Resíduo 32,11
 JUROS POR ATRASO 03/2019 51,97
 MULTA POR ATRASO 03/2019 22,76
 RELICAÇÃO POR SUPRESSAO 01/01 36,22
 VENCIMENTO 08/09/2019
 TOTAL A PAGAR 80,00

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS
 MEMORANDUM
 SEJA AMIGO DO MOSSO LEITURISTA.
 SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
 FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.
 NOTIFICAÇÃO
 A Nota de Consumo é emitida com base no medidor de água instalado no imóvel. A leitura é realizada pelo Serviço de Medição e Leitura (SML) e o valor é informado no boleto de pagamento. Art. 4º, inciso V da Lei nº 9.440/97.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDIDADE	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1027	1025	2	Ausencia	Ausente
	1027	1027	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019
 HORA DA EMISSÃO: 11:38

COOPERADORA
 DE SEGUROS
 06 SET 2019
 DE VAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003412/2019-88

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 06/09/2019 - 09:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável:

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO LORIVAL PARENTE, Nº:

Complemento

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

Data/Hora

04/05/2019 - 10:51

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

RG: 1199099

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

Endereço: QD.O CASA.23, VILA SANTA MARIA, Nº

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTOHONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009, PLACA-NMT-6702-TIMON-MA, RENAVAM-165524669, DE SUA PROPRIEDADE, INFORMA QUE VIA NA VINHA ACIMA CITADA, QUANDO O CARRO DO LIXO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA UPA DO PROMORAR, PRONTUARIO.157.493. E TRANSFERIDA PARA O HUT. PRONTUARIO 510.199. FATO TESTEMUNHADO.GRACILENE GAIDO DE SOUSA, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Rosilda Oliveira Belo
ROSILDA OLIVEIRA BELO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luiz Carlos de Fátima
Delegado de Polícia Civil
M. 11.990.999



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

364-133-723-20

Rosilda Oliveira Belo

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

☒ RECLUSO 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

☐ ATIVA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para as contas abertas. Escolha uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 00293907

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária em nome da vítima ou beneficiário, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e sem qualquer ressalva, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Imp: 04/05/2019 12:15:05
(Usu: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULTA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO		Prontuário: 510199	
Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO		Pai:	
End. Resid.: QD: O CS: 23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/05/1969	Idade: 49a10m12d	Sexo: Feminino	Fone: 86-98631-0778
Responsável: MARIA DO SOCORRO	CNS: 705206481808271		
Profissão: COMERCIAL	Documento: Reg. Nasc: 00		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720047	Entrada: 04/05/2019 12:05:13	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Forma Paciente/Acomp: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

RAIO-X REALIZADO
DATA: 04/05/2019
Técnico: [Assinatura]

SSV:	(Hora: :)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
------	------------	---------------	----------------	-----------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Nega perda de consciência, otorragia e rinorragia.

- vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical e prancha rígida.
- MV + bilateralmente sem RA.
- CA: BNF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inocente, pelve estável; SatO2: 98%. pulso 80.
- Glasgow 15, pupilas iso-foto
- sem escoriações.

CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1209048) - MÃO DIREITA

RA: Fratura de base da 5ª metacarpo O dorsal
CD: Dúvida por trauma crânio

Prescrição Médica:

Marcos Vitor de Carvalho Filho
Traumatologista
CRM-PI 4792 TEOT 12501

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura do Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 EM: 04/05/2019 12:15:03

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190521235

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000293907-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190521235

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

364-133-723-20

Rosilda Oliveira Belo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

☒ RECLUSO 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

☐ ATIVA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para as contas abertas. Escolha uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 00293907

AGÊNCIA:

CONTA:

06 SET 2019

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária em nome da vítima ou de seu representante legal, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e sem ônus e ressalvas, 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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: Fallecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILDA OLIVEIRA BELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000293907-0

Nr. da Autenticação D88B367C3D2F3ED3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310339/19

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

CPF: 364.133.723-20

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSILDA OLIVEIRA BELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

ROSLDA OLIVEIRA BELO : 364.133.723-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/09/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190521235 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.
(P2,5,8,9,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Rosilda Oliveira Belo
 RG: 1.199.099 Órgão Emissor: SSP-Pi CPF: 364.133.723-70
 Nacionalidade: Est. Civil: Solteira Profissão: Comerciária
 Endereço: Residencial P. de Caxo R. O. Casa 23 Nº 23
 Bairro: 5ª N.º da Coliza Cep: 64012-840 Cidade/UF: Teresina - Pi
 Telefone: (86) 98803-5143 (86) 98888-0423 ()

OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa
 RG: 886271 Órgão Emissor: SSP-Pi CPF: 347.238.123-00
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
 Endereço: Rua Travessa Felizes Q- C2 Nº 23
 Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-095 Cidade/UF: Teresina - Pi
 Telefone: (86) 95498-2980 (86) 95112-3310 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de rsquerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Rosilda Oliveira Belo
 CPF: 364.133.723-70 Data do Acidente: 04.10.2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidaz Permanente () DABS () Morte

Teresina - Pi 06 de Setembro 2019
 Local e data



Rosilda Oliveira Belo
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PROCURADOR
DE SEGURANÇA
8 6 SET 2019
DEPARTAMENTO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3terresina.com.br
Titular: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROSILDA OLIVEIRA
BELO. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 06/09/2019. Selo: AAI58079-RD88
www.tjpi.jus.br/portalecra

Kelly de Abreu Valverde
KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Escr.: 3,85 TJ: 0,77 PMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 121
PROCURAÇÃO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
DIGITAL