



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Antonio Ramonete da Silva Santos

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Dr. J. J. de L. Junior

COMPL.

PRVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ddh, lesões vasculares
- 2) Hemorragia e lesões de vasos
- 3) Ferimento lateral, Medial 11cm
- 4) Hemorragia por planos
- 5) Mediana anatómica e colocação de enxerto + Osteossintese com placas e parafusos
- 6) Curvas e sutura

Dr. J. J. de L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P: 3678 / TEOT - 1109



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/08/18

NOME DO PACIENTE:	Antonio Honorato da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	471539
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Jamerson M. de L. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PE: 3879 / TEST - 11094	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Evaldamee	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7 e 6 1/2	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7, 5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		OCORRÊNCIA DE ACIDENTES		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		03		CIRCULANTE:	T. Azevedo		
PROLENE							

FMS

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

File No. _____

PROC. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 08 / 13

NOME DO PACIENTE:	petro Honorato de Pontuaria	PRONTUÁRIO Nº:	471539
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Roxani	Nº DA SALA:	0
CIRURGIÃO:	Chap	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Durval 1º Cirurgião	CPF Nº:	
ANESTESIA:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CPM 143636	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Mauro	CPF Nº:	

• MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—	—	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	—
AGULHA 30X8	UNID.	01	—	LUVA Nº 7.5	PAR	01	—
AGULHA 40X12	UNID.	01	—	LUVA Nº 8.0	PAR	01	—
AGULHA RAQUE	UNID.	01	—	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	—
ALCOOL 70%	ML	900	—	PVPI DE GERMANTE	ML	900	—
ALGODÃO	BOLA	—	—	PVPI TÓPICO	ML	900	—
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	—	PVPI TINTURA	ML	—	—
COMPRESSA	PAC.	02	—	SERINGA 20CC	UNID.	—	—
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	—	SERINGA 10CC	UNID.	01	—
ESPARADRAPO	CM	60	—	SERINGA 5CC	UNID.	—	—
ESCALPE Nº	UNID.	—	—	SERINGA 3CC	UNID.	—	—
FORMOL	ML	—	—	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	—
GASES	PAC.	05	—	SONDA URETRAL	UNID.	—	—
JELCO Nº	UNID.	—	—	etno do 07	md	—	—
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<p>uma GUT: 01</p> <p>Atividade de</p> <p>Ureter: 02</p> <p>Jane Silveira, Uma Dina de Souza</p> <p>6/10/2019 08:57</p> <p>COPIA</p> <p>ENFERMARIA</p> <p>CIRCULANTE: <i>Repare</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antonio Henrique da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura de tíbia</u>		
Operação - Tipo <u>fratura</u>		
Cirurgião <u>Dr. Carlos</u>	1º Assistente <u>Dr. Tercio Nunes Leal</u> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-P: 1932 CPM-PA 3636	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>fratura de tíbia</u> <u>transmitida de João</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NAO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

fratura de tíbia
+ fratura de fêmur
cominuta
fratura de tíbia
transmitida de João
cominuta

Dr. Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-P: 1932 CPM-PA 3636



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antonio Honorato de silva Sala: 06 Alergia: N Data: 16-06-13
Procedimento: Colocação FC Cirurgião: Dr. Blago Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Fentanyl</u>		<u>50</u>											
2 <u>midazolol</u>		<u>2</u>											
3 <u>lofexidine</u>			<u>2</u>										
4 <u>Decadron</u>			<u>10</u>										
5 <u>ondansetron</u>			<u>04</u>										
6 <u>Dipirone</u>			<u>02</u>										
7													
8													
9													
10													
11													
Oxigênio		<u>02</u>	<u>02</u>	<u>02</u>									
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
☒ Periférico Peric. Perito
Cat. Venoso nº 6
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea
☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:
☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

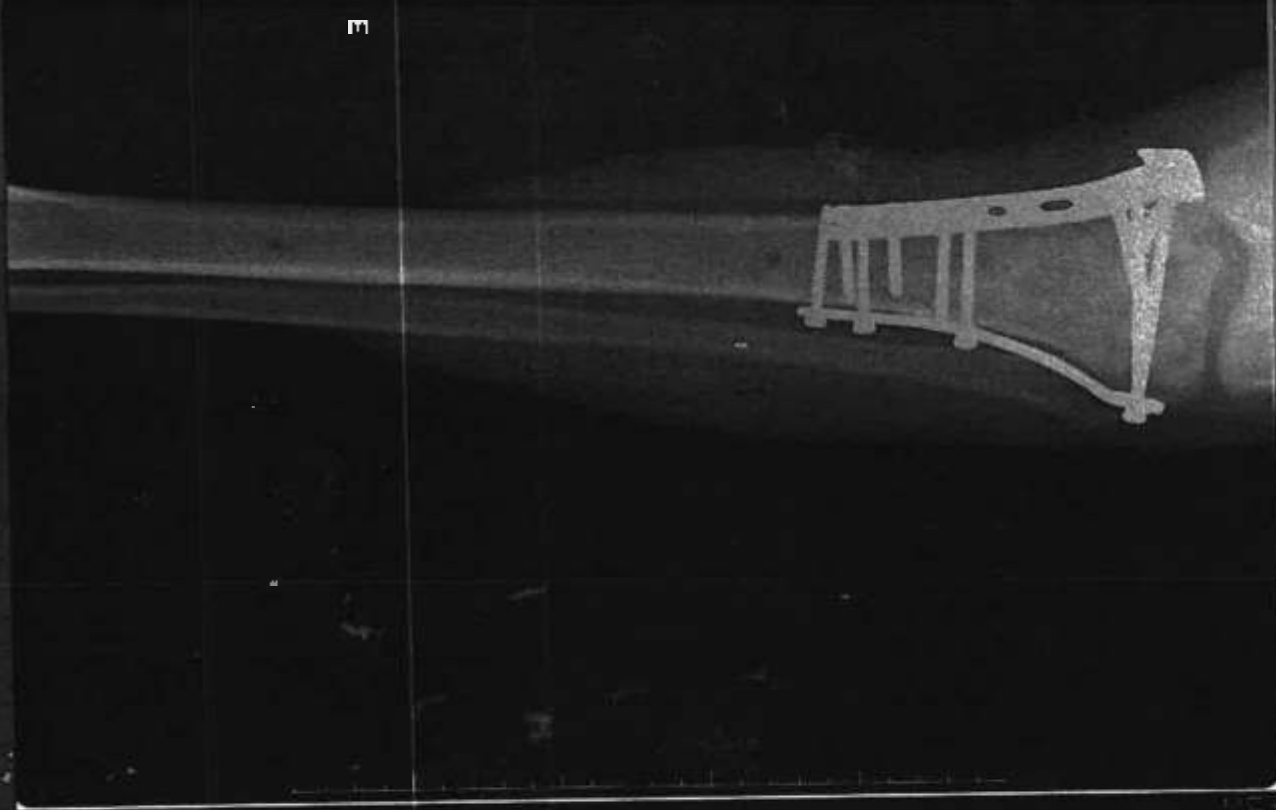
Decúbito: Supino

SPO2 (%)	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso	<u>50</u>		
Aces. Venoso	<u>50</u>		
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

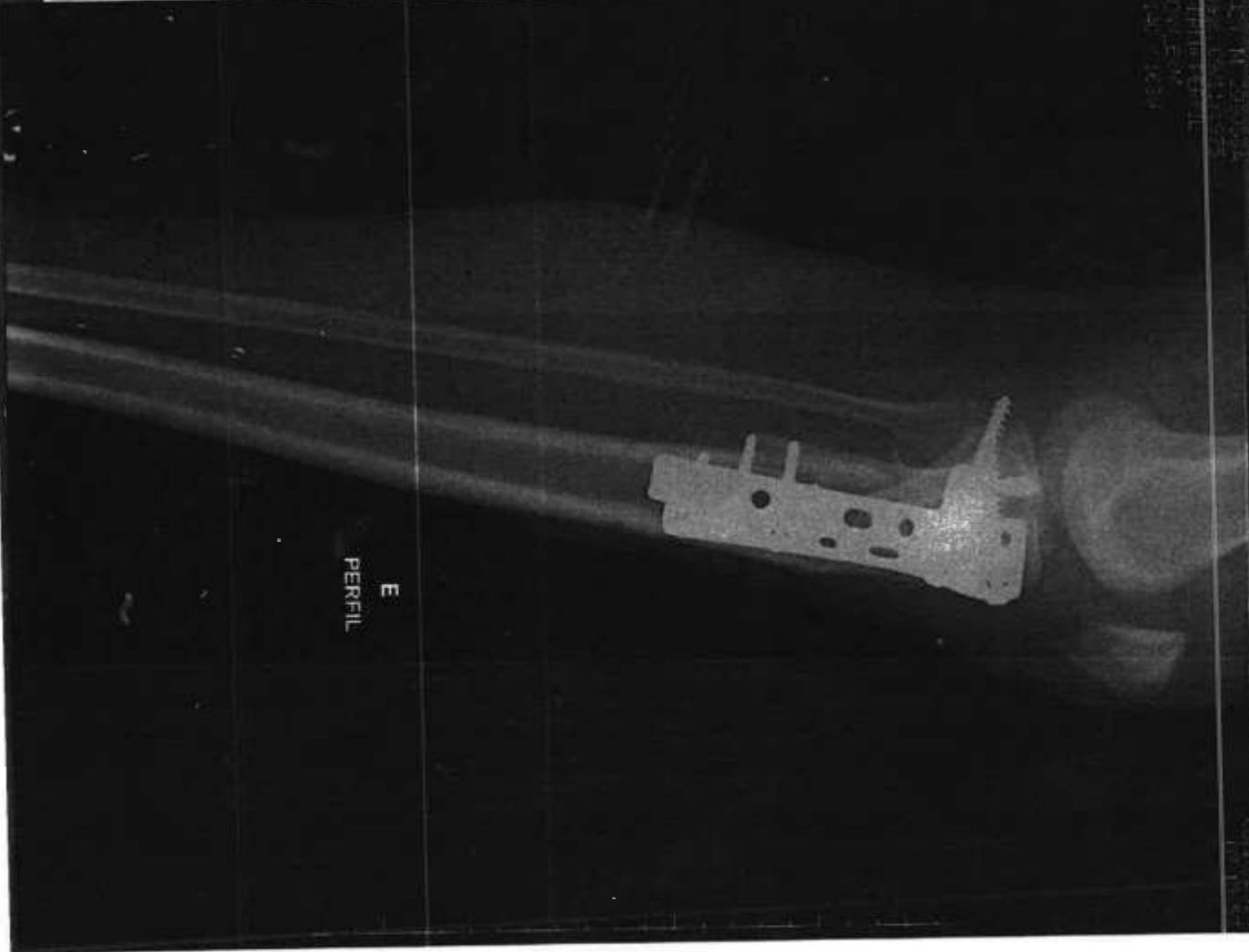
Descrição da Anestesia:

Monitorização + Revisão de Venoclise + Raqui-anestesia cespice S/ excessor Palpacar 4/45
Punção SBA, única e Quimcla 276. Retorno de líquido claro. Feito
upilbexina Pesado 12,3 + Nafina 0,01

Daniela Lopes
Anestesiologista
CRM 1014



E



E
PERFIL



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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Antonio Honorato de Siqueira</u>	Prontuário: _____	Data: <u>16/08/11</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>42</u>	Peso: <u>70</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Colocação PE - MIE</u>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

Paciente vítima de acidente de moto, indicado cirurgicamente de urgência p/ colocação de fixador externo

EXAME FÍSICO

PA: <u>130/80</u>	Pulso: <u>70</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: <u>(1)</u> (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
5. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <u>fratura MIE</u>	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

Paciente assintomático, cirurgia de urgência - não necessita exames

ASA: <u>1</u>	Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Raqui-anestesia + Sedação</u>
---------------	--

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: _____	CRM: _____
-------------------------	------------

Daniela Lopes
Anestesiologista
CREMESP 17174

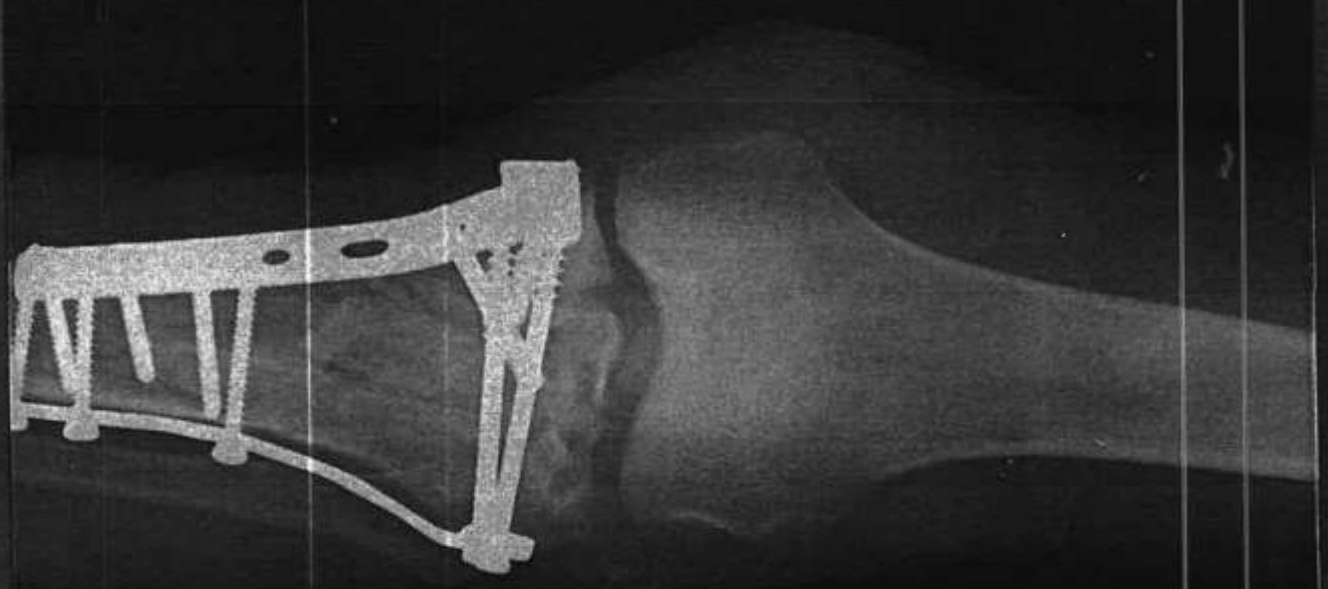
1994

HOSPITAL DO SATELITE ATOMIO MEMORATO DE SILVA SA ROS
• • •
OBRIGADO MUITO MESMO
Cordialmente, Maria da Glória
07/11/1978

GENHO PERFIL
COLE M

[illegible]

三



PERFIL



C.O.B

CLINICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clinica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones. (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 17/08/2018

BO=100203.003716/2018-64

HD FRATURA DE PLANALTO TIBIAL E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA DO
PLANALTO TIBIAL E

EF DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO E
F DE 70 GRAUS

RX JOELHO E = CONTROLE DE FRAT DE PLANALTO
TIBIAL E COM SINTESE

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM JOELHO E

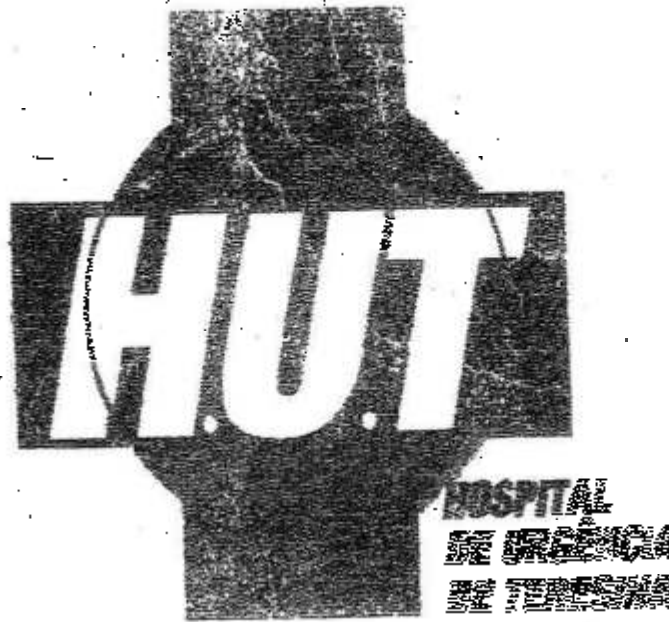


Teresina 27 de Fevereiro de 2019

Dr. Edmar S. L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-M 323

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313 PI

98/08/12 Alta



NOME DO PACIENTE: Antonio Honorato da Silva Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471539

CO CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2012

DPVAT

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. Júlio Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.570.917/0022-02

SUS SUS

Inp: 17/08/2018 19:23:40

Usuário: YALLS

(Então): RBEFCU01

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		Prontuário: 471539	
Mãe: RAIMONDA DA SILVA SANTOS		Pai: RAYMUNDO NONATO DE E SANTOS	
End.Resid.: RUA ESTIPINAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64030-010			
Nascimento: 09/11/1975	Idade: 42a9m8d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99431-4175
Responsável: ALESSANDRA		CNS: 709001847950612	
Profissão: MOTOCICLISTA		CPF: . . . - RG: 2055256 - SSP PI	
G. Instrução: Não informada		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679842	Data: 17/08/2018 19:18:12	Condução: AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S I R
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: Não	CID Secundário: 7299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistas - há cerca de 1,5h. Refere uma lesão capote, nega uso consumo de bebida alcoólica, perda de consciência, vômitos, epistaxe e otorragia. Refere dor intensa em joelho E

① VA pinos, com calos e prancha rígida ② MV+1, sem RA, $SpO_2 = 98\%$ ③ RR 21, BMF SS; abdome insente; peixe uterino ④ ECG = 15; pupilas isocóricas e fotoreagentes ⑤ sem focos hemorrágicos visíveis

PJ CORRETORES DE SEGUROS

PA: <u> </u> X <u> </u> mmHg	Pulso: <u> </u> bpm	FC: <u> </u> bpm	Temp.: <u> </u> °C
--------------------------------	----------------------	-------------------	---------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- ① Solicita RX de coxa e joelho E e parcer ORTO
- ② Solicita RX de tórax e pescoço
- ③ Colar cervical retirado

RAIO-X
DATA: 17/08/2018
Técnico:

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evolução	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
DESTINO:		DATA SAÍDA: / /	
<input type="checkbox"/> Até 24 Hs		HORA: : :	
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs		Proced. Solicitado: 04080 50551	
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs		CID Compatível:	
<input type="checkbox"/> Família		Assinatura: <u> </u>	
<input type="checkbox"/> IML		Carimbo: <u> </u>	
<input type="checkbox"/> Anat. Patol.		Assinatura - Profissional - HB	

Assinatura Paciente ou Responsável:

Carimbo - Assinatura - Profissional - HB

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1320 Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 17/08/2018 19:20:40

(YCLLE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS		Prontuário: 471539
Mãe: RAIMUNDA DA SILVA SANTOS	Pai: RAIMUNDO MONACO DE S SANTOS	
End.Resid.: RUA FILIPEINAS, 4741 - SAO JOAQUIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 09/11/1975	Idade: 42a9m8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99491-4475
Responsável: ALESSANDRA	CNS: 705003047950612	
Profissão: MOTOTAXISTA	Documento: CPF: -	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 679842	Data: 17/08/2018 19:18:12	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S O S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 17/08/18. : : ESPECIALISTA: Onofre	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente lesionado - Trauma no tórax e abdômen com fratura de fêmur e punho direito	
co de fratura / cirurgia	
Assinatura Solicitante	

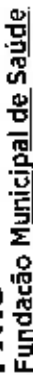
Eduardo Régis de A. Bona Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4908 TEOR: 12410

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ : __

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ : __ ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ : __	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



Cauda externa



4. **අත්සන** සහ
 5. **අත්සන** සහ

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Adriano Honorato de Lima Gomes					
Diagnóstico Atual e Comorbidades					
<p>Surto de Parvovírus (E)</p> <p>Prescrição Médica: Edson Nogueira Nutricionista</p> <p>DATA: 12/08/18 HORA: 17:08</p> <p>CRN: 3116</p>	<p>ALERGIAS: Nega</p> <p>HORÁRIO: 08h</p>	<p>MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE: ORL</p> <p>OBSERVAÇÕES: 2008 Admitido no posto de atendimento da sala de emergência. Comentei com a física, seu opito de ORL. Nega alergias.</p>			
<p>1 - Dieta Geral</p> <p>2 - 500mg 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 61 amp + ADEV 12/12h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 8/8h</p> <p>5 - Paracetamol 500mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 91 amp + SSVV</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>					

MÉDICO/CRM:

Mod: n

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente

Antônio Rianorato de Silva Santos

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1^o Assistente

2° Assistente

3^o Assistente

Instrumentador(a)

Anesthesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Firm

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

~~Jane Smith - District Court
- Minneapolis, MN
- 1987
- 1st course~~

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Orientar em ddy los rasguños fono
- 2) Predisposição Predisposição Bloqueio
- 3) Curva lateral, Medial 11cm
- 4) Predisposição por plano
- 5) Medição anatómica e Colocação
- 6) de luxação + Osteomatefe com
- 7) xiloss + lugo
- 8) Curvas laterais

[Handwritten signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____


Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27.10.2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio Honorato de S. V. Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>471539</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jansen M. de L. Junior</u> Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 38711-0 / TEOT - 11094	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Evaldamee</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7 e 6,15	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	15		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		Crepans		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<div><p>Dr. Jansen M. de L. Junior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 38711-0 / TEOT - 11094 COORDENADOR GERAL</p></div>		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON		05		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:	T. Azevedo		
VICRYL		03					
PROLENE							

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 08 / 13

NOME DO PACIENTE: <u>Antônio Honorato de Jesus</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>471539</u>
DIAGNÓSTICO: <u>C</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Roxani</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Chapin</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Durval Lacerda Nunes Leal</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>ORTOPEDIA</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Maandra</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	—	—	LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	—
AGULHA 30X8	UNID.	01	—	LUVA Nº 7.5	PAR	01	—
AGULHA 40X12	UNID.	01	—	LUVA Nº 8.0	PAR	01	—
AGULHA RAQUE	UNID.	01	—	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	—
ALCOOL 70%	ML	200	—	PVPI DE GERMANTE	ML	200	—
ALGODÃO	BOLA	—	—	PVPI TÓPICO	ML	200	—
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	—	PVPI TINTURA	ML	—	—
COMPRESSA	PAC.	02	—	SERINGA 20CC	UNID.	—	—
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	—	SERINGA 10CC	UNID.	01	—
ESPARADRAPO	CM	60	—	SERINGA 5CC	UNID.	—	—
ESCALPE Nº	UNID.	—	—	SERINGA 3CC	UNID.	—	—
FORMOL	ML	—	—	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	—
GASES	PAC.	01	—	SONDA URETRAL	UNID.	—	—
JELCO Nº	UNID.	—	—	<u>etno do 07 m</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>uma 6.5: 01</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Pradys de</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Ureter 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENF							

ENFERMARIA:

CIRCULANTE:



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Antonio Renato de Silva</u>	Prontuário: _____	Data: <u>16/08/11</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>42</u>	Peso: <u>790</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>Colocação FG - MIE</u>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|---|--|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não <u>fratura Membro Superior - 95%</u> |
| 6 - Transfusão sanguínea | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |

Paciente vítima de acidente de moto, indicado cirurgicamente de urgência para colocação de fixador externo

EXAME FÍSICO

PA: <u>130/80</u>	Pulso: <u>70</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: <u>(1)</u> (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: _____	
5. Vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <u>fratura MIE</u>	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Ureia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

Paciente assintomático, cirurgia baixo risco - não necessita exames

ASA: 1 Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: Raqui-anestesia + Sedação

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

Daniela Lopes
Anestesiologista
CREMESP 1114



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antonio Henrique da Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura de tíbia</u>		
Operação - Tipo <u>fratura</u>		
Cirurgião <u>Dr. Carlos</u>	1º Assistente <u>Dr. Divaldo Feres Nunes Leal</u> ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1932 CRM-MA 3636	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>fratura de tíbia</u> <u>transmitida e fechada</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NAO

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

fratura de 23
fratura de 23
fratura de 23
fratura de 23
fratura de 23
fratura de 23

Divaldo Feres Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1932 CRM-MA 3636



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antonio Renato de silva Sala: 06 Alergia: N Data: 16-06-13
Procedimento: colocaca FE Cirurgião: Dr. Blago Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Fontanil</u>		<u>50</u>											
2 <u>midazol</u>		<u>2</u>											
3 <u>lafezoline</u>			<u>2</u>										
4 <u>Decadron</u>			<u>10</u>										
5 <u>ondansetron</u>			<u>04</u>										
6 <u>Dipirone</u>			<u>02</u>										
7													
8													
9													
10													
11													
Oxigênio		<u>02</u>	<u>02</u>	<u>02</u>									
ARIN20													
Volatil	%												
Acesso Vascular													
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico <u>Brachio Plexio</u>													
Cat. Venoso nº <u>G</u>													
<input type="checkbox"/> Dificuldade aces. venoso													
Gastos <u>cateteres</u>													
<input type="checkbox"/> Central													
Via Aérea													
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal													
<input type="checkbox"/> IOT nº													
<input type="checkbox"/> LMA nº													
Monitorização:													
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia													
<input checked="" type="checkbox"/> PANI													
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso													
<input type="checkbox"/> ETCO2													
<input type="checkbox"/> Outros													
Anestesia:													
<input type="checkbox"/> Geral Venosa													
<input type="checkbox"/> Geral Balanceada													
<input checked="" type="checkbox"/> Raqui-anestesia													
<input type="checkbox"/> Peridural													
<input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico													
<input type="checkbox"/> Outros													
Decúbito: <u>Prone</u>													
SPO2 (%)		<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>									
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia:

Monitorização + Revisão de Venoclise + Raqui-anestesia aséptica. S/Gessat
Punção SPA, única e Quimico 276. Retorno de líquido claro. Feito
Bupivacaine Pesado 12,5 + Naloxona

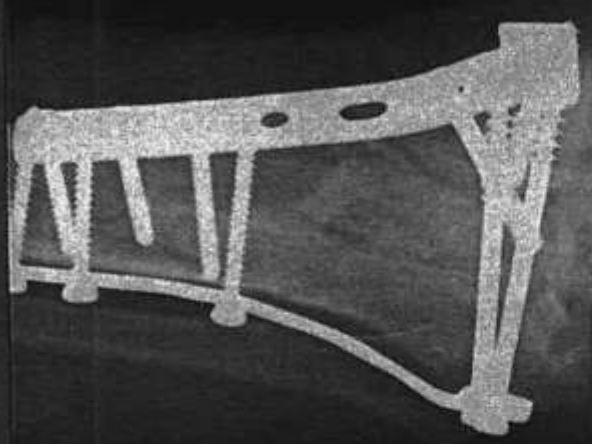
Palpac 4/45
Daniela Lopes
Anestesiologista

HOSPITAL
KELT
ONE E.H.

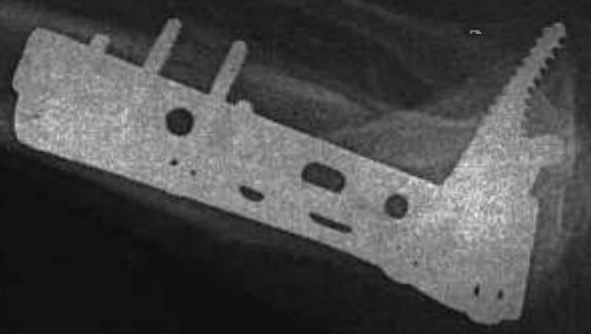
HOSPITAL SATELLITE ANTONIO HORRIGANO PASSIVA SA-705
8-08-2018 01:27 M-23055

HOSPITAL SATELLITE
02/10/2018

PERFIL
CV E.H.
5/16/1976



E



PERFIL



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 15 - Exames complementares 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	23 Capacete 24 Airbag 25 Cinto de segurança 26 Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Responsável pela recepção 36 Socorristas Médico AE/TE 37 Enfermeiro Condutor		38 Observações Interdisciplinares 39 Versão: 27.11.2011		40 Não Removido

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 185982574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pôrto CEP 64017-260, Teresina - PI
Telefone: 0800 323 3000 ou 115 / (96) 99124-3199

TO 1. 97
2018/02/18/0028

12181179-5

NÚMERO DE
MÊS/ANO 153186247
10/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR RAIMUNDA DA SILVA SANTOS
PROPRIETÁRIO: ANTONIA CLEUDINAR SILVA SANTOS
RUA FILIPINAS, 4741-SÃO JOAQUIM-TERESINA-PI-cep: 64008340

LOCALIZAÇÃO
017-00063-002785

GRUPO
017

NÚMERO DO HÍDRÔMETRO
A14N298340

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS / ANO	Tipo	Lido	PARCIAL
08/2018	Lido	11		
09/2018	Parcial	09		
07/2018	Lido	15		
06/2018	Lido	14		
05/2018	Lido	14		
04/2018	Lido	14		

ECONOMIAS - CATEGORIAS / NÚMERO TÁBUA
1 Residencial - Normal

ANTERIOR 24/09/2018 375
ATUAL 26/10/2018 384

CONSUMO MÊS ANO

10

10 10740000

PS. PASEP 27.47M.65M - 0.40

COMES 27.47M.65M - 2.00

TABUA DE TABUAS

DISCÃO DOS SERVIÇOS DA TABUA

RESIDENCIAL	VALOR DE CONSUMO (R\$/M3) (R)
0 10	2.6510 00
10 20	4.9400 00
20 30	6.6880 00

VALOR REFERENTE AGUA - 26,51
> Residencial - Normal 10,0 m3
Juros por atraso 08/2018
Multa por atraso 08/2018

VALOR
26,51
0,43
0,53

NÃO RESIDENCIAL
VALOR DE CONSUMO (R\$/M3) (R)

07/11/2018

TOTAL A PAGAR

27,47

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO
Nossos arquivos acusam 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº 13.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 20 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM NÃO CONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.120	3.114	0	1,37	0,20-5,00 mg/L
ODOR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00
PH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50
TURBIDAZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003716/2018-64

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/10/2018 - 12:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/08/2018 - 18:00

Bairro

MATINHA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2055256SSPI

Mãe: RAIMUNDA D SILVA SANTOS

Endereço: RUA FILIPINAS, Nº 4741

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9439-2261

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA, RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA, BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEE-2113, ANO 2012/2012, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, NÃO IDENTIFICADA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU O ACIDENTE. O NOTICIANTE/VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº471538. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 890039933-00 Nome completo da vítima: Antonio Honorato da Silva Santos

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

Nome completo: Antonio Honorato da Silva Santos CPF: 890039933-00
Profissão: RECEBERO-ME Endereço: Rua - Filipinos Número: 4941 Complemento: com
Bairro: São Lourenço Cidade: Teresopolis Estado: RJ CEP: 244078340
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86-99753-7586

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2009 CONTA: 68616 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 comprovarem 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.

Local e Data: Teresopolis - 22/11/08
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 890039933-00 Nome completo da vítima: Antonio Honorato da Silva Santos

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

Nome completo: Antonio Honorato da Silva Santos CPF: 890039933-00
Profissão: RECEBERO-ME Endereço: Rua - Filipinos Número: 4941 Complemento: com
Bairro: São Lourenço Cidade: Teresopolis Estado: RJ CEP: 244078340
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86-99753-9586

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2009 CONTA: 68616 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, 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.

Local e Data: Teresopolis - 22/11/08
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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, 04 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**
ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 13783724



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180548892**

Vítima: **ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **17/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548892**.

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 13622758



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: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000068616-5

Nr. da Autenticação B779FC1C603C22AD

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422147/18

Vítima: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF: 890.039.933-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS : 890.039.933-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/11/2018
Nome: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS
CPF: 890.039.933-00

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548892 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR / REDUÇÃO, COLOCAÇÃO DE ENXERTO E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

REANÁLISE

SINISTRO 3180548892 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 89003993300

Venho muito respeitosamente solicitar da seguradora líder dos consórcios DPVAT, uma reanálise documental do meu processo do sinistro a cima mencionado, tendo em vista que fui vitima de acidente de transito e sofri grave lesão a qual esta devidamente qualificada de acordo com laudo que estou enviado a esta seguradora, e não concordo com valor recebido 1.687,50 sem se quer direito a uma pericia medica a onde minha gravidade vem atrapalhando minhas atividades diárias. Coloco-me desde já a disposição da seguradora para realizar uma reanálise para que seja devidamente avaliado e que venha ser indenizado de acordo com a tabela estabelecida pela lei do seguro DPVAT. Responsabilizo-me pelas declarações acima prestadas sob penas do art. 299 do código penal brasileiro e desde já agradeço

Cordialmente,

18, 12, 18



Antonio Honorato da Silva Santos



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antonio Honorato da Silva Santos

DADO DO ACIDENTE 19.08.18 CPF DA VÍTIMA 89003943340

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Felipe

Nº 4744 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Santa Joana

CIDADE Florianópolis UF SC CEP 64088390

E-MAIL TELEFONE 86 99953-9581

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22.11.18

IDENTIDADE 2.055.256

ASSINATURA Antonio Honorato da Silva Santos

RESPONSÁVEL TÉCNICO NA SEGURADORA

DE SEGUROS

DATA

NOME

ASSINATURA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Antonio Honorato da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENTEIRO GERAL 2.055.255

DATA DE EMISSÃO 06.04.1999

NOME ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

ALUGADO Raimundo Nonato do E. Santo

Raimunda da Silva Santos

Caxias-Ma. 09. Novembro 1.975

Nasc. 26. 317 Liv. 42-A Fls. 147-v

Te-Pi. 25.10.80 1º Cartório

LEI Nº 174 DE 2006

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2019

DPVAT

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

Data de Nascimento 06/11/75

Nº de Inscrição 890039933-00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170233421 Nº 013226867481
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÓD. RENAVAM 482745487 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ANTONIO HONORATO DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ 89003993300 PLACA DEE-2113

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0540CR562985

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEVUNA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1º IPVA 2º 3º PAGO

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

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES A/FID ADMINISTRADORA DE CONS N

TERESINA DATA 4/6/2018

ARAO MARTINS DO REGO LOPES
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 013226867481 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 4/6/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 89003993300 PLACA DEE-2113

RENAVAM 482745487 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2012 CAT. TIPO 09 CHASSI 9C2KD0540CR562985

PRÊMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) 31,28 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL DO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/05/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.898/0001-01

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 NOV 2018

DPVAT