

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francisco Rodrigues Da Silva  
RG nº 791.613, data de expedição 05/07/17  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 536.047.923-04  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Canaã, nº 8250,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Francisco Edison Cunha do Silva, cujo o condutor era  
marcos paulo martins.  
Veículo: moto Modelo: Honda CG 125 FANES Ano: 2011  
Placa: ODZ-8779 Chassi: 9C25C4120BR709435  
Data do Acidente: 27/12/18

Local e Data:

Teresina

08 ABR 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

02/04/2019

Assinatura do Declarante

Francisco Rodrigues da Silva

Assinatura do Condutor

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

marcos paulo martins

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Coronel Nogueira, 1021 - Centro - CEP: 64001-200 - Teresina-PI - Fone: (06) 321-0189 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Título: União dos Ganhadores de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 02/04/2019. Selo: AAB88163-NE72  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado  
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FIMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 292  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Jose Hamilton A. Cardoso  
Escritor Autorizado

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Emerson Cunha da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 633.677.953/05 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Francisco Emerson Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953/05, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

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

|          |                          |                         |                        |             |                  |
|----------|--------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|------------------|
| Endereço | <u>Rua 24 de Janeiro</u> | Número                  | <u>544</u>             | Complemento | <u>Sala</u>      |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade                  | <u>Teresina</u>        | Estado      | <u>PE</u>        |
| Email    |                          | Telefone comercial(DDD) |                        | CEP         | <u>64000-235</u> |
|          |                          | Telefone celular (DDD)  | <u>(86) 99534-6965</u> |             |                  |

Teresina 05 de Abril de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Emerson Cunha da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 633.677.953/05 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Francisco Emerson Cunha da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.677.953/05, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

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

|          |                          |        |                         |                        |             |             |
|----------|--------------------------|--------|-------------------------|------------------------|-------------|-------------|
| Endereço | <u>Rua 24 de Janeiro</u> |        | Número                  | <u>544</u>             | Complemento | <u>Sala</u> |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade | <u>Teresina</u>         | Estado                 | <u>PI</u>   | CEP         |
| Email    |                          |        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |             |             |
|          |                          |        |                         | <u>(86) 99534-6965</u> |             |             |

Teresina 05 de Abril de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

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

ROT: 11.001.42.47.043100NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCA0 VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

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

| INFORMACIÓN DE CONTENIDOS |          |           |      |          |           |      |          |          |  |
|---------------------------|----------|-----------|------|----------|-----------|------|----------|----------|--|
|                           | SAC      |           |      | FIC      |           |      | DMIC     | DMC2     |  |
|                           | Historia | Geografía | Arte | Historia | Geografía | Arte | Historia | Historia |  |
| Lenguaje                  | 0,00     | 0,00      | 0,00 | 0,00     | 0,00      | 0,00 | 0,00     |          |  |
| Matemática                | 0,00     |           |      | 0,00     |           |      | 0,00     |          |  |
| Ciencias                  |          |           |      |          |           |      |          |          |  |
| Comunicación              |          |           |      |          |           |      |          |          |  |

25-03-2019

010181534 FCAM



SEQ.: 00287 UC: 0350191-4 DT.LEIT.: 18/03/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 24111 NORMAL TOTAL: 326,56 CARGA: 047  
DT.VENC.: 25-03-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 9301



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.940.768/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0451869-7

Nº da Nota Fiscal 018211785

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

| CONTA Nº       | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|------------|---------------|---------------------|
| FEVEREIRO/2019 | 01/03/2019 | 297           | 314,47              |

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

| DADOS DA LEITURA            |        | DATAS DA LEITURA          |            |
|-----------------------------|--------|---------------------------|------------|
| Atual:                      | 19725  | Atual:                    | 22/02/2019 |
| Anterior:                   | 19428  | Anterior:                 | 23/01/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura:          | 26/03/2019 |
| Consumo Medido:             | 297    | Emissão:                  | 21/02/2019 |
| Consumo Faturado:           | 297    | Apresentação:             | 22/02/2019 |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Código de Irregularidade: |            |
|                             |        | Dias de Consumo:          | 30         |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| COMERCIAL        | MONO    | A1418740       |       | 3.5.3.1     | 195            |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA DÉBITA            |        |
|-----------------|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =   | 284,48 |
| JAN/19 365      | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 22,22  |
| DEZ/18 57       | MULTA POR ATRASO 01/19-00      | 6,76   |
| NOV/18 0        | JUROS POR ATRASO 01/19-00      | 1,01   |
| OUT/18 96       |                                |        |
| SET/18 299      |                                |        |
| AGO/18 232      |                                |        |
| JUL/18 184      |                                |        |
| JUN/18 208      |                                |        |
| MAI/18 211      |                                |        |
| ABR/18 159      |                                |        |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 297 - 0,620668

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
C 8 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro - Teresina - PI  
CEP: 64.002-470

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D972.48B8

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        |  |  | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |  |  |
|---------------------------|--------|--|--|-------------------------|--------|--|--|
| Distribuição:             | 53,46  |  |  | Base de Cálculo:        | 284,48 |  |  |
| Energia:                  | 103,28 |  |  | Alíquota ICMS:          | 27,00% |  |  |
| Transmissão:              | 17,48  |  |  | Valor do ICMS:          | 76,80  |  |  |
| Encargos:                 | 11,02  |  |  | Valor do PIS:           | 4,01   |  |  |
| Tributos:                 | 99,24  |  |  | Valor do COFINS:        | 18,43  |  |  |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                    |            |       |        |            |       |                         |            |              |
|-----------------------------|--------------------|------------|-------|--------|------------|-------|-------------------------|------------|--------------|
|                             | DIC                |            |       | FIC    |            |       | DMC                     |            | DCCR         |
|                             | Metral             | Trimestral | Anual | Metral | Trimestral | Anual | Metral                  | Trimestral |              |
| Limite                      | 5,31               | 10,63      | 21,25 | 3,11   | 6,23       | 12,45 | 3,03                    |            |              |
| Realizado                   | 0,00               |            |       | 0,00   |            |       | 0,00                    |            |              |
| Consumo                     | TERESINA - MACAUBA |            |       |        |            |       | Período de<br>apuração: | 12/2018    | Final: 19,43 |

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                |                                |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:       |              |
|                                                                                                                                       | 633.677.953-05 | Francisco Edson Cunha de Silva |              |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                |                                |              |
| Nome completo:                                                                                                                        |                | CPF:                           |              |
| Francisco Edson Cunha de Silva                                                                                                        |                | 633.677.953-05                 |              |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:      | Número:                        | Complemento: |
| Estudante                                                                                                                             | R. Canaã       | 8250                           | Casa         |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:        | Estado:                        | CEP:         |
| Taboara                                                                                                                               | Teresina       | PI                             | 64067-110    |
| E-mail:                                                                                                                               |                | Tel.(DDD):                     |              |
|                                                                                                                                       |                | (86) 99534-6565                |              |

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

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)  |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                              |
| AGÊNCIA: 2006 <input type="checkbox"/> CONTA: 93440 <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> |
| (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 de 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:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:                                                                                                                                                              | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Vivos:                                                                        | Falecidos:                                                                                                                                                                                      | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |

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

Impressão digital de vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 05/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, 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.

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

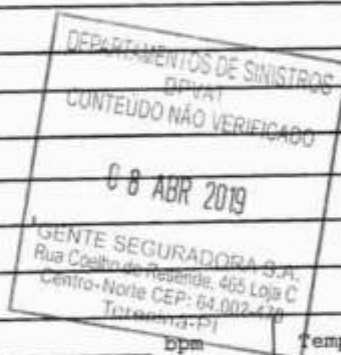
|                                                                                       |                       |                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------|
| Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                  |                       | Prontuário: 175777                |           |
| Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA                                                     |                       | Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA |           |
| End. Resid.: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                       |                                   |           |
| Nascimento: 21/10/1996                                                                | Idade: 22a2m6d        | Sexo: Masculino                   | Fone: - - |
| Responsável: CARLA                                                                    | CNS: 200578217090007  |                                   |           |
| Profissão: ESTUDANTE                                                                  | CPF: * RG: -          |                                   |           |
| Instrução: Fundamental Completo                                                       | E. Civil: Solteiro(a) |                                   |           |
| End. Local: - - -                                                                     |                       |                                   |           |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

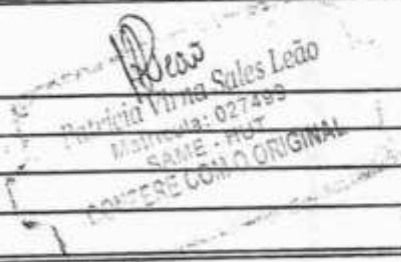
|                                           |                           |                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| Código: 700251                            | Data: 27/12/2018 20:00:46 | Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES | Convênio: S U S           |                                           |
| Cid. Trab.: Não                           | Trajetos?: Não            | Tipico: Não                               |
| CID Secundário:                           |                           |                                           |

**DADOS CLÍNICOS:**

|                            |  |               |              |
|----------------------------|--|---------------|--------------|
| A _____ X _____ mmHg       |  |               |              |
| Pulso: _____               |  | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Inicial: _____ |  |               |              |
| CID: _____                 |  |               |              |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: |  |
| _____                                   |  |
| _____                                   |  |
| _____                                   |  |



|                                                                                                                   |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ALTA: ( ) Melhorado ( ) Administrativa ( ) Curado ( ) Por Indisciplina ( ) Inalterado ( ) Por Evasão ( ) A Pedido | ( ) Retornar à Unid. Origem: _____  |
|                                                                                                                   | ( ) Transferência: _____            |
| DESTINO: ( ) Até 24 Hs ( ) Família ( ) De 24 a 48 Hs ( ) IML ( ) Após 48 Hs ( ) Anat. Patol.                      | DATA SAÍDA: ____ / ____ / ____      |
|                                                                                                                   | HORA: ____ : ____                   |
| ÓBITO: ( ) Internação na Unidade ( ) Proced. Solicitado: _____                                                    | CID Compatível: _____               |
|                                                                                                                   | Prof. Solicitante Internação: _____ |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

# 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: 633.677.953-05 Nome completo da vítima: Francisco Edson Cunha da Silva

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

Nome completo: Francisco Edson Cunha da Silva CPF: 633.677.953-05  
Profissão: Estudante Endereço: R. Canas Número: 8250 Complemento: Casa  
Bairro: Taboaras Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64067-110  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2006 ☐ CONTA: 93440 ☐ 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 de 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão  
digital de  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 05/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco Edson Cunha da Silva

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 ROGO, 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.

**Loterias CAIXA**

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

091-674153583-0

01/ABR/2019 HORA DE 12:51:10

LOT: 16.015651-3 TERM: 026232  
LOCALIDADE: TERESINA  
AG. VINCULADA: 3808 CONTROLE: 224200531

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00093440-1

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

VALOR : ~~20.000~~

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

091-674153583-0

1ª VIA

**Loterias CAIXA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07**

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 02/04/2019 - 12:33

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/12/2018 - 19:00

Bairro

PEDRA MOLE

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCOS PAULO MARTINS

RG: 2861115 SSP PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO MARTINS

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Complemento: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9687-5075 86-9494-4513

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

Pai: FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Endereço: RUA CANAÃ, Nº 8250

Bairro: CONJUNTO ANITA FERRAZ

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**

O NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. VEREADOR JOEL LOUREIRO, SENTIDO NORTE SUL, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2011/2011, COR VERMELHA, PLACA ODZ-8779 TERESINA PI, RENAVAL 00361054173, PROPRIEDADE DE FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA, CONDUZINDO A VÍTIMA ACIMA RELACIONADO, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO, DE MARCA, PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DA MOTOCICLETA, PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº175777. FOI ARROLADO COMO TESTEMUNHA, MARIANO DA CONCEIÇÃO, RUA CANAÃ, 8094, CONJUNTO ANITA FERRAZ, TERESINA PI.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150  
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Edson Cunha da Silva

FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000291/2019-07

Delegado de Polícia



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265848

Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Data do Acidente: 27/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093440-1

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190265848**

**Vítima: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA**

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

# 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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093440-1

---

Nr. da Autenticação E5619DCF1EB4BC1B

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120154/19

**Vítima:** FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

**CPF:** 633.677.953-05

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/12/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON  
CUNHA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

### FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA : 633.677.953-05

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](http://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: 08/04/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Francisco Edson Cunha Da Silva  
 RG: 3.343.547 ORG. EMISSOR: SSPI/PI D. EXPEDIÇÃO:  
 CPF: 633.677.953-05 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Estudante  
 ENDEREÇO: R. Lamas Nº: 8250  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Taboões  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64067-110 TELEFONE:

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rose Soares Marques  
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSPI/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Recusa  
 ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544  
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENTIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENTIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Francisco Edson Cunha Da Silva

Data do acidente de trânsito: 27/12/2018

Cobertura da vítima: Integral

LOCAL / DATA: TERESINA 29/03/2019

X Fº Edson Cunha da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA. DOU PE. EM TEST. DA VERDADE.  
 Teresina-PI, 29/03/2019. Selo: AAB80822-SYTV  
 www.tjpi.jus.br/portalexta.  
 Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado  
 Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FIMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 123

CONSULTE O SELO DIGITAL

Cartório Themistócles Sampaio  
 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 Jose Hamilton A. Cardoso  
 Escrevente Autorizado



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Edson Cunha da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 175 777



**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. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                             |                       |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                 |                       | <b>Prontuário:</b> 175777                |
| <b>Mãe:</b> MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA                                                    |                       | <b>Pai:</b> FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA |
| <b>End.Resid.:</b> RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                       |                                          |
| <b>Nascimento:</b> 21/10/1996                                                               | <b>Idade:</b> 22a2m6d | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> - -  |
| <b>Responsável:</b> CARLA                                                                   |                       | <b>CNS:</b> 200578217090007              |
| <b>Profissão:</b> ESTUDANTE                                                                 |                       | <b>CFF:</b> * RG: -                      |
| <b>E. Instrução:</b> Fundamental Completo                                                   |                       | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)              |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                                    |                       |                                          |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                  |                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 700251                            | <b>Data:</b> 27/12/2018 20:00:46 | <b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| <b>Motivo da Procura:</b> DOR MEMBROS INFERIORES |                                  | <b>Convênio:</b> S U S                           |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não                           | <b>Trajetos?:</b> Não            | <b>Tipico:</b> Não                               |
| <b>CID Secundário:</b>                           |                                  |                                                  |

**DADOS CLÍNICOS:**

|                            |  |  |              |               |              |
|----------------------------|--|--|--------------|---------------|--------------|
| A _____ X _____ mmHg       |  |  | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Inicial: _____ |  |  |              |               |              |
| CID: _____                 |  |  |              |               |              |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

|       |  |
|-------|--|
| _____ |  |
| _____ |  |
| _____ |  |

|                                                                               |                                                                |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br>( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão   | ( ) Retornar à Unid. Origem: _____<br>( ) Transferência: _____             |
|                                                                               | <b>DATA SAÍDA:</b> ____ / ____ / ____ <b>HORA:</b> ____ : ____ |                                                                            |
| <b>MÓBITO:</b><br>( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs        | <b>DESTINO:</b><br>( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol.  | ( ) Internação na Unidade<br><b>Proced. Solicitado:</b> _____              |
|                                                                               |                                                                | <b>CID Compatível:</b> _____<br><b>Prof. Solicitante Internação:</b> _____ |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                             |                             |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                 |                             | <b>Prontuário:</b> 175777                |
| <b>Mãe:</b> MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA                                                    |                             | <b>Pai:</b> FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA |
| <b>End.Resid.:</b> RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                             |                                          |
| <b>Nascimento:</b> 21/10/1996                                                               | <b>Idade:</b> 22a2m6d       | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> - -  |
| <b>Responsável:</b> CARLA                                                                   | <b>CNS:</b> 200578217090007 |                                          |
| <b>Profissão:</b> ESTUDANTE                                                                 | <b>CPF:</b> * <b>RG:</b> -  |                                          |
| <b>G. Instrução:</b> Fundamental Completo                                                   | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a) |                                          |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                                    |                             |                                          |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                  |                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Código:</b> 700251                            | <b>Data:</b> 27/12/2018 20:00:46 | <b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS |
| <b>Motivo da Procura:</b> DOR MEMBROS INFERIORES |                                  | <b>Convênio:</b> S U S                           |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não                           | <b>Trajetos?:</b> Não            | <b>Tipico:</b> Não                               |
| <b>CID Secundário:</b>                           |                                  |                                                  |

**DADOS CLÍNICOS:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                               |                          |                           |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>A</b> <b>X</b> <b>mmHg</b> | <b>Pulso:</b> <b>bpm</b> | <b>Temp.:</b> <b>CID:</b> |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b>   |                          |                           |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br><input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Administrativa<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Por Evasão | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:<br><input type="checkbox"/> Transferência:<br><b>DATA SAÍDA:</b> /   / <b>HORA:</b> :   .              |
| <b>DESTINO:</b><br><input type="checkbox"/> Até 24 Hs<br><input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs<br><input type="checkbox"/> Após 48 Hs                            |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Família<br><input type="checkbox"/> IML<br><input type="checkbox"/> Anat. Patol.                                                |
| <b>ÓBITO:</b>                                                                                                                                                     |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade<br><b>Proced. Solicitado:</b><br><b>CID Compatível:</b><br><b>Prof. Solicitante</b><br><b>Internação:</b> |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



229856

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO 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:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

229856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA ✓

6 - Prontuário: 175777

7-CNS: 200578217090007

8-Nascimento: 21/10/1996 ✓

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA ✓

12-Fone: - -

13-Resp: CARLA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

POS OP TARDIO (6 ANOS) FRAT TIBIA DIREITA

EVOLUI COM SAIDA DE SECRECAO PURULENTE E SINAIS FLOGISTICOS

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO

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

EX CLINICO

23-Diagnóstico Inicial:

Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados ✓

24-CID Prim:

L989

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo SUS  
3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

34-Data Solicitação:

27/12/2018

35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

## 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-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

100119  
Marcondes Martins S. Moura  
Médico Autor - FMS - Teresina  
CNS 17026395120001

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAO TSE)

Consulta Local: 700251

Consulta SUS:

Impressão: 27/12/2018 20:36:17

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 163018   |
|                                                                | AIH: 2218102660213 |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                      |                    |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                               |                                                    |                                                |                      |                       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| CARTÃO SUS<br>200378217090007 | NOME DO PACIENTE<br>FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA | NASCIMENTO<br>21/10/1996                       | SEXO<br>M            | PRONTUÁRIO<br>175777  |
| DOCUMENTO CPF<br>86995214180  | TELEFONE<br>86995214180                            | NOME DA MÃE<br>MARIA APARECIDA CHAVES DA CUNHA | RESPONSÁVEL<br>CARLA |                       |
| CEP                           | ENDEREÇO - LOGRADOURO<br>RUA CANAA                 |                                                |                      | NUMERO / LOTE<br>8250 |
| BAIRRO<br>TABAJARAS           | COMPLEMENTO                                        | MUNICÍPIO<br>TERESINA                          | UF<br>PI             |                       |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
POS OP TARDIO(06) FRATURA TIBIA DIREITA, EVOLUI COM SAIDA DE SECRECAO PURULENTE E SINAIS FLOGÍSTICOS

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
NECESSITA DE TRATAMENTO CIRURGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EX CLINICO, RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                                                   |                          |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>L989 - AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO NAO ESPECIFICADOS | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

|                                                |                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA<br>CPF: 74663993372 CRM: |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>27/12/2018                                                                                              |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>27/12/2018 20:00       | <b>DATA ALTA</b><br>30/12/2018 09:15                                                                                               |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>MELHORADO                |                                                                                                                                    |

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|               |                 |               |       |                 |              |      |                   |
|---------------|-----------------|---------------|-------|-----------------|--------------|------|-------------------|
| TIPO ACIDENTE | CNPJ SEGURADORA | Nº DO BILHETE | SÉRIE | CNPJ DA EMPRESA | CNAE EMPRESA | CBOR | NATUREZA DA LESÃO |
|               |                 |               |       |                 |              |      |                   |

### AUTORIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>ERICA PATRICIA CHAVES<br>CPF: 89671341349 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>PATRICIA VIRMA SALES LEÃO<br>Matrícula: 6827499<br>SAME - HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL |
| <b>DATA ANALISE</b><br>27/12/2018 21:01:12                                                                               | <b>CPF</b><br>89671341349                                                                                                                                       |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 28/12/2018

|                                                      |                                      |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Gomes Cunha A. L.</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>171.777</u>        |
| DIAGNÓSTICO: <u>Infecção pós-operatória</u>          | CIRURGIA: <u>Revisão de plástica</u> |
| ANESTESIA: <u>Raquel</u>                             | Nº DA SALA: <u>+ Luv (Pam)</u>       |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Wilson</u>                         | CPF Nº: _____                        |
| AUXILIAR: _____                                      | CPF Nº: _____                        |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Milena</u>                       | CPF Nº: _____                        |
| INSTRUMENTADORA: <u>Conceição</u>                    | CPF Nº: _____                        |

Dr. Wilson  
CRM-PA 4740199-MA 6663  
TESTE 13063

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO         | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                       | UNID.    | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|-------------------------------------|----------|--------|-------|
| AGULHA 25x8           | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI                   | UNID.    | 01     |       |
| AGULHA 30x8           | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 2.0                         | PAR      | 02     |       |
| AGULHA 40x12          | UNID. |        |       | LUVA Nº 3.5                         | PAR      | 01     |       |
| AGULHA RAQUE          | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                | PAR      | 04     |       |
| ÁLCOOL 70%            | ML    | 80     |       | PVPI DE GERMANTE                    | ML       | 150    |       |
| ALGODÃO               | BOIA  |        |       | PVPI TÓPICO                         | ML       | 150    |       |
| ÁGUA OXIGENADA        | ML    |        |       | PVPI TINTURA                        | ML       |        |       |
| COMPRESSA             | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC                        | UNID.    |        |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA     | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                        | UNID.    | 01     |       |
| ESPARADRAPO           | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                         | UNID.    | 01     |       |
| ESCALPE Nº            | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC                         | UNID.    |        |       |
| FORMOL                | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO                    | FRASC.   | 01     |       |
| GASES                 | PAC.  | 05     |       | SONDA URETRAL                       | UNID.    |        |       |
| JELCO Nº              | UNID. | -      |       | Cateter 02                          |          | 01     |       |
| FIOS                  | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA:                        |          |        |       |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. |       |        |       | Eletródio                           | 01 unid. |        |       |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. |       |        |       | Escovas                             | 03 unid. |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO C/AG. |       |        |       | Gepom                               | 02 unid. |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. |       |        |       | Paquí de surti                      | 01       |        |       |
| ALCOFIL               |       |        |       |                                     |          |        |       |
| MONONYLON 2-0         |       | 01     |       |                                     |          |        |       |
| FITA UMBILICAL        |       |        |       | ENFERMARIA:                         |          |        |       |
| VICRYL                |       |        |       | CIRCULANTE: <u>Solange Martinho</u> |          |        |       |
| PROLENE               |       |        |       |                                     |          |        |       |

Patrícia Virna Sales Leão  
Matricula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|                            |                                                                     |               |       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Nome do Paciente           | Francisco Edson Cruz de Silva                                       |               |       |
| Diagnóstico pré-operatório | Infarto miocárdico do Fe. direito e esquerdo                        |               |       |
| Operação - Tipo            | Reparo de pleuroperiton + Linc. Perna                               |               |       |
| Cirurgião                  | Dr. Wilmário L. Costa<br>CRM-PA 4740 / CRM-MA 6663<br>TÉCNICO 13063 | 1ª Assistente |       |
| 2ª Assistente              |                                                                     | 3ª Assistente |       |
| Instrumentador(a)          | Dr. Milene                                                          | Anestesia     | Raque |
| Anestésico(a)              |                                                                     |               |       |
| Data da Operação           | Início                                                              | Fim           |       |
| 98.12.2018                 | 09:30                                                               |               |       |
| Diagnóstico Pós-operatório | O curso                                                             |               |       |

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não tem

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

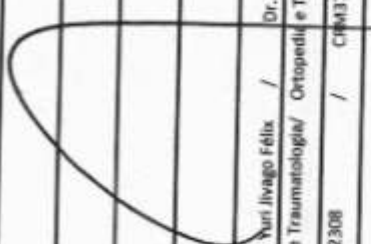
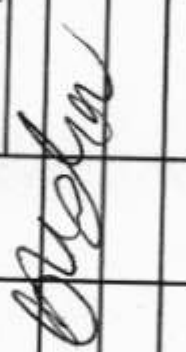
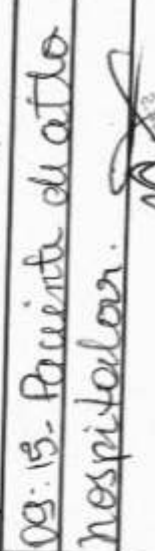
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. P. de 1114 de Regener
2. Manobra + aspirar + capos ordinários
3. Feito via de acesso anterior - perna
4. Drenagem de pleuro e do pleuro - periton
5. Reparo de pleuro - periton
6. Instrumental
7. Ligadura de 50.912 expulso
8. Drenagem de 3,2
9. Sutura pleuro + periton

Patricia Viana Sales Leite  
Matrícula - 927499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Wilmário L. Costa  
CRM-PA 4740 / CRM-MA 6663  
TÉCNICO 13063



| OME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRONTUÁRIO                                         | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------|
| FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 175777                                             | 21/10/1996 | 22    | Ortopédica | 232        | 235   |                   |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| 1 : 27/12/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INFECÇÃO PERNA D                                   |            |       |            |            |       |                   |
| 30/12/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dieta oral livre                                   |            |       |            |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Jeito salinizado                                   |            |       |            |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |       |            |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |       |            |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |       |            |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                   |            |       |            |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |       |            |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Patrícia Viana Sales Medo<br/>           Matrícula: 027499<br/>           CRIME - HUT<br/>           COPIAR COM O ORIGINAL         </div>                                                                |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho<br/>           Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia<br/>           CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM2308         </div> |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença         </div>                                                                                                                                                                      |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença         </div>                                                                                                                                                                       |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença         </div>                                                                                                                                                                       |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença         </div>                                                                                                                                                                       |                                                    |            |       |            |            |       |                   |
| <div style="text-align: right;"> <br/>           Dr. Ricardo S. Valença         </div>                                                                                                                                                                      |                                                    |            |       |            |            |       |                   |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
SEGURADORA S.A.  
Centro de Resende, 405 Loja C  
Terresina-PI

| MÉ DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    | PRONTUÁRIO |  | IDADE             | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|--|-------------------|------------|------------|-------|-------------------|
| RANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | 175777     |  | 22                | Ortopédica | 232        | 235   |                   |
| ATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                             | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                  |            |  |                   |            |            |       |                   |
| :27/12/2018                                                                                                                                                                                                                                                    | INFECCÃO PERNA D                                   |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 29/12/18                                                                                                                                                                                                                                                       | Visto: 29/12/2018<br>Edson Rogério Filho / 3216    |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                              | Dieta oral livre                                   |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                              | Jelco salinizado                                   |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                              | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                              | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                              | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                              | Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N                   |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                              | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |  |                   |            |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                              | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |  |                   |            |            |       |                   |
| <p style="text-align: center;">Patricia Virna Sales Araújo<br/>Matrícula: 027199<br/>SAME - HUV<br/>CONFERE COM ORIGINAL</p>                                                                                                                                   |                                                    |            |  |                   |            |            |       |                   |
| <p style="text-align: right;">Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho<br/>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> |                                                    |            |  |                   |            |            |       |                   |
| CRM3415-TEOT10029                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | CRMPI2308  |  | CRM3766-TEOT11305 |            | CRM3367    |       |                   |

| NOME DO PACIENTE |  | PRONTUÁRIO                                  | CLÍNICA | ENF. OU AP              | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE                                                                                                                                                        |
|------------------|--|---------------------------------------------|---------|-------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA/HORA CÓDIGO |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA                           |         | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |       |                                                                                                                                                                          |
|                  |  |                                             |         | HORÁRIOS                |       | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                              |
| 08/12/2018       |  |                                             |         |                         |       | 12:20 - Paciente adm-<br>tido em POI LMC +<br>retirada de placa<br>perna D, consiente,<br>orientado, passivo.<br>Desconhece a origem<br>a medicamentos e<br>comorbidades |
| 1                |  | DIETA ORAL LIVRE                            |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 2                |  | SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA                   |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 3                |  | CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS                   |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 4                |  | RANITIDINA 50 MG-A AMP + AD, EV, 8/8 h      |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 5                |  | DIPYRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h           |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 6                |  | TILATIL 20mg -- 1 AMP + AD EV 12/12h        |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 7                |  | TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 8                |  | CUIDADOS GERAIS                             |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 9                |  |                                             |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |
| 10               |  |                                             |         |                         |       |                                                                                                                                                                          |

Visto Nutricionista  
Ediana Nogueira CRM/PI 3716

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 ABR 2019  
GENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Espírito de Resende, 465 Loja C  
Centro - Nave CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Patricia Viana Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAGE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

| ÍNDICE DE ALDRETEEE KROULIK |                                                                                             |   | ADMISSÃO                              | SAÍDA                      |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR          | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Movimenta dois membros                                                                      | 1 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| RESPIRAÇÃO                  | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                             | Tem apnéia                                                                                  | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO                  | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                             | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA                 | Está lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Desperta, se solicitado                                                                     | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                             | Não responde                                                                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>    | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |

|                                                |  |                 |                                                      |                                                                                                                                                           |           |
|------------------------------------------------|--|-----------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ESCALA DE DOR</b><br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |  | <b>TOTAL</b> 09 | <b>ASS.</b> ME Aparecida Coutinho<br>COREN-PI 200517 | <b>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</b><br>08 ABR 2019<br>GENTE SEGURADORA<br>Rua Coelho de Resende, 455<br>Centro-Norte - CEP: 64.000-000<br>Fone: (11) 3112-1111 | <b>10</b> |
| <b>ESCALA DE DOR</b><br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |  |                 |                                                      |                                                                                                                                                           |           |

|                |    |                 |    |                 |    |      |    |             |  |                         |  |
|----------------|----|-----------------|----|-----------------|----|------|----|-------------|--|-------------------------|--|
| )SONDA VESICAL |    | )DRENO DE SUÇÃO |    | )DRENO TORACICO |    | )DVE |    | )COLOSTOMIA |  | )SONDA ( )NASOG( )NASOE |  |
| hs             | mL | hs              | mL | hs              | mL | hs   | mL |             |  |                         |  |
| hs             | mL | hs              | mL | hs              | mL | hs   | mL |             |  |                         |  |

09:30 Admitido na SRPA com POB de Alter. cirurgias para futuras titulas D. Submetido a exame. Conscientia, com -  
mo, euforica, respirando a.c. m. Contínuo  
- ENF

44:08 Alter da SPRA

Alcornoque W.

**HORÁRIO**

TO: [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ PED ] [ NEURO ] [ GERAL ] [ 4 ] [ QUEIM. CLÍNICA ] [ PED ] [ ART ] [ NEU ] [ CIR ] [ MÉD ]



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86.3218 5445

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA NO.: 24087 - Em: (27/12/2018)

|             |                                                                          |                                |            |                            |        |                    |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|----------------------------|--------|--------------------|
| Atendimento | Prontuário: Paciente:                                                    | Dt. Nasc.                      | Clinica:   | Enfermaria:                | Leito: | Médico Assistente: |
| 229856      | 175777                                                                   | FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA | 21/10/1996 | POSTO 2                    | ANEXO  | EXTRA 05           |
| Evolução:   |                                                                          | Alergias:                      |            | Diagnóstico/Comorbidades:  |        |                    |
| Hora:       |                                                                          |                                |            | OSTEOMIELITE TIBIA DIREITA |        |                    |
| Seq.:       | Descrição-Apresentação/Observação:                                       | Dose:                          | Unid.:     | Via:                       | Int.:  | Recons:            |
| Dieta       | ORAL Tipo LIVRE, Eveline Moreira Alencar<br>NUTRICIONISTA<br>CDN.R. 2610 |                                |            |                            |        |                    |
| 1           | GLICOSE 5%, INJ, 500ML - "BORO GLICORADO"                                | 1,00                           | Frasco     | EV                         | 12/12h |                    |
| 2           | CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.                                     | 1,00                           | Ampola     | EV                         | 6/6h   | AD                 |
| 3           | DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.                                      | 1,00                           | Ampola     | EV                         | 6/6h   | AD                 |
| 4           | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.                                        | 1,00                           | Ampola     | EV                         | 12/12h | AD                 |
| 5           | TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL<br>Em 100ML de SFO, 9%                      | 1,00                           | Ampola     | EV                         | 12/12h | 9F 0,9%            |
| 6           | PARITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.                                          | 1,00                           | Ampola     | EV                         | 12/12h |                    |

Observações Gerais:

SINAIS VITAIS DE 6/6H

CIRURGIA AMARRA DR WILLANILDO

Patricia Maria Sales Leão  
Matrícula: 027499  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
08 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

OK

Maga comorbidades e  
alergias. Cirurgia p/  
amarrar (25/12) e 1 gr  
Willanildo. Drenagem p/sem  
(plus apendicite coronária)  
130281  
06h DA-09x06. Dólar


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
 Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 21/10/1996 Idade: 15a8m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 49932  
 Requisição: 196250 Solicitação: 16/01/2012 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
 Controle: 252103 Convênio: S U S OBSERVAÇÃO UNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 16/01/2012

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada em consolidação no terço distal da diáfise da tibia, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(ANTONIO

TERESINA - PI 15/07/2012

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
 Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251  
 Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
 Controle: 1125935 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 27/12/2018

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

**CONCLUSÃO:** Fratura na tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável




**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA** (Prontuário: 175777)  
 Endereço: RUA CANAA, N 8250 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 21/10/1996 Idade: 22a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700251  
 Requisição: 905496 Solicitação: 27/12/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
 Controle: 1125936 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod, SIA: 0204060168

Data Exame: 27/12/2018

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na tibia distal.
- Partes moles sem particularidades.

**CONCLUSÃO:** Fratura na tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/02/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190265848 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA **Data do acidente:** 27/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Francisco Edson Cunha da Silva

ATUALIZAÇÃO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 3.343.547 DATA DE EMISSÃO 28/03/19

Nome FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Nome MARIA APARECIDA CHAVES CUNHA

Nome FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Naturalidade TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 21/10/1996

Doc. Civil CERT. NASC. 2803 L A-04 F 51

EXP. TERESINA-PI 20/05/00

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.258/83

CÓDIGO DE CONTROLE  
7910.2319.2C07.C757



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:12:26 do dia 29/03/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 633.677.953-05

Nome FRANCISCO EDSON CUNHA DA SILVA

Nascimento 21/10/1996

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE  
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 41/F 141  
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI