

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
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

Nº da Nota Fiscal 031895626

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

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
31/12/2019

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
117,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045000

Atual:	14139	Atual:	24/12/2019
Anterior:	14012	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/01/2020
Consumo Medido:	127	Emissão:	23/12/2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

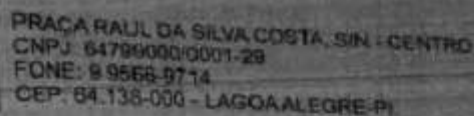
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO	127 A R\$ 0,847425 =	107,62
NOV/19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,65
OUT/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,40	
SET/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,90	
AGO/19			
JUL/19			
JUN/19			
MAI/19			
ABR/19			
MAR/19			
FEV/19			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ A 127 - 0,633612			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
11/2019 149,73

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento po-
derá ocasionar também a inclusão do nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
esta notificação.



CARTÃO DO SUS Nº

NOME: Vincenzo Ferrigno da Costa

Profissão: _____ Sexo: () Nasc.: 13 / 10 / 56

Pai:

Filiação

Mãe:

Endereço: R. 66 L 03 CA, Pinaros - Terezina

Município: Graciosa Estado

Data do Atendimento: 05.11.19 Hora: 13h01

PA: 180 - 1140 GC: 237 TAX: P: 90 Sp02: 997

Motivo do Atendimento e descrição médico

Motivo do Atendimento e descrição médica

Paciente feminina de 45 anos, residente de Carmo do Rio Preto de São Paulo, do estado de São Paulo. História de hipertensão arterial sistêmica há 10 anos, em uso de medicação anti-hipertensiva. História de diabetes mellitus tipo 2, em uso de insulina. História de doença cardíaca coronária, com infarto do miocárdio há 5 anos. História de doença renal crônica, em estágio avançado. História de doença pulmonar obstrutiva crônica. História de doença hepática crônica. História de doença autoimune. História de doença infecciosa. História de doença oncológica. História de doença neurológica. História de doença psiquiátrica. História de doença endócrina. História de doença hematológica. História de doença imunológica. História de doença genética. História de doença adquirida. História de doença congênita. História de doença idiopática. História de doença de causa desconhecida. História de doença de causa múltipla. História de doença de causa única. História de doença de causa variável. História de doença de causa constante. História de doença de causa transitória. História de doença de causa permanente. História de doença de causa reversível. História de doença de causa irreversível. História de doença de causa curável. História de doença de causa incurável. História de doença de causa prevenível. História de doença de causa não prevenível. História de doença de causa evitável. História de doença de causa inevitável. História de doença de causa modificável. História de doença de causa não modificável. História de doença de causa controlável. História de doença de causa não controlável. História de doença de causa tratável. História de doença de causa não tratável. História de doença de causa curável. História de doença de causa incurável. História de doença de causa prevenível. História de doença de causa não prevenível. História de doença de causa evitável. História de doença de causa inevitável. História de doença de causa modificável. História de doença de causa não modificável. História de doença de causa controlável. História de doença de causa não controlável. História de doença de causa tratável. História de doença de causa não tratável.

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES COMPLEMENTARES

Regulamento Geral / COTE / Contratos, Leis e Decretos em Geral /
Mapa de Localização - Atividade (atividade) - em unidades de medida
Diferença entre as atividades

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

Referințe:

1. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

2. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

3. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

4. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

5. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

6. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

7. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

8. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

9. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

10. *Principii de fiziologie umană*, ediția a 10-a, traducere de I. Bădescu, Editura Medicală, București, 1980.

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

26/11/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
LPA PROMORAR

Imp: 02/11/2019 10:15:29

(User: FERNANDA NUNES)

(Estação: CONSULTOR1001)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO		CNS: 898002934955496
Profissão:		Documento: CPF: 646.717.203-53
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM MIE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DIPIRONA E AAS. DPE: HAS, DM, GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 10:10:10

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: 98 bpm Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves
Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na frente

Diagnóstico Inicial:

?

S42.3

CID:**Exames Complementares:**

rx do ombro e braço esquerdo

→ Fratura do rádio do úmero esquerdo

Prescrição Médica:

Folha de repouso por ortopedia

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames

DATA: ____/____/____**HORA:** 10:15:28
FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM-PI 4195

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 28/11/2019 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Tipo Local

OUTROS

Município

MIGUEL ALVES

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2019 - 05:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

RG: 2086082

Mãe: MARIA DAS DORES CARRVALHO

Pai: ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

Endereço: CONJUNTO PROMORAR QUADRA 66 LOTE 3 CASA A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA - CEP: 64027-150

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

RG: 1183395 SSP PI

Mãe: ANA DE SOUSA MARTINS

Pai: FRANCISCO ROMAO DE SANTANA

Endereço: RUA APOLO TADEU, Nº 4574

Complemento: SETOR DA PALITOLÂNDIA

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - FORD	Ranger Cab. Dupla	2001	LVN6621	BAFERI13D11J189780	00750713151	Cinza

Condutor: JAIMES MARTINS DE SANTANA
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:
Proprietário: JAIMES MARTINS DE SANTANA
Cidade: TERESINA UF: Bairro: ESPLANADA

RELATO DA OCORRÊNCIA

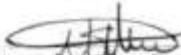
QUE NO DIA 02/11/2019 AS 5 HORAS DA MANHA O CARRO DESCONTROLOU EM CIMA DE UMA PONTE; QUE EU ESTAVA ME DESLOCANDO PARA O MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES; QUE TIVE FRATURAS NO BRAÇO ; QUE PASSEI PRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; QUE LEVEI PANCADA NA CABEÇA E PERDI MUITO SANGUE; QUE EU ERA PASSAGEIRO; QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O VEICULO ERA "PASSARINHO DO ACORDEON"; QUE DEPOIS DO ACIDENTE FUI SOCORRIDO EM MIGUEL ALVES E DEPOIS TRANSFERIDO PARA TERESINA; QUE O CARRO FOI QUASE PERDA TOTAL; QUE AO FINAL O NOTICIANTE APRESENTOU NESSA GERENCIA O PRONTUARIO DE NUMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT

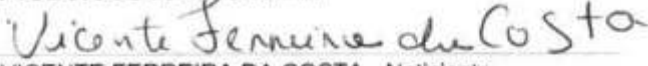


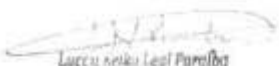
Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1, 1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41


Yuziane Da Silva Franco - Mat.
- AGENTE DE POLÍCIA


VICENTE FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação


Lucey Nêlida Leal Pargoba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat. 1145.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 398703 CONTA: 10721

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057336/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDÁ

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CARTÃO DO SUS Nº _____

NOME: Monte Ferreira da Costa

Profissão: _____

Sexo: () Nasc.: 13/10/56

Pai: _____

Filiação _____

Mãe: _____

Endereço: A.66 L.03 CA. Primavera Teresina

Município: Genorina

Estado _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 05.03.99 Hora: 18h01

PA: 100-114 GC: 234 TAX.: _____ P: 90 Sp02: 99%

Motivo do Atendimento e descrição médica

Paciente queixa de dor de cabeça, acidente de carro em queda de
capacete do veículo. Les. + 1h. História de trauma em face,
lesão em 20. Alcoolismo copioso, 2 vezes.
Após trauma, não houve lesões, e lesões faciais.
Após exame, diagnóstico, AAS.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames físicos geral / LOTE / Conhecidos, lesões constantes em face,
lesões faciais. Abuso moderado de uso de álcool.
Deficiência renal crônica.

DIAGNÓSTICO

Lesão de face - contusão - hospital
após trauma.

Exame físico, de 100-114, hospital de trauma, lesões
para avaliação complementar necessária. Paciente em estado de

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153

TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

Em: 26/11/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
UPA Promorar**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 02/11/2019 10:15:29

(User: FERNANDA NUNES)

(Estação: CONSULTORIO1)

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO		CNS: 898002934955496
Profissão:		Documento: CPF: 646.717.203-53
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO), APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM MIE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DIPIRONA E AAS. DPE: HAS, DM, GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 10:10:10

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: 98 bpm Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves
Foi atendido em Lagoa alegre, onde foi suturado na frente

Diagnóstico Inicial: ?	542.3	CID:
----------------------------------	-------	-------------

Exames Complementares:

rx do ombro e braço esquerdo

→ Fratura do corpo do úmero esquerdo

Prescrição Médica:

Solicito repulsação por ortopedista

Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames

DATA: / /**HORA:** 10:15:28FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM-PI 4195

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28



NOME DO PACIENTE: Vicente Ferreira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

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

- NEURO (OK)
- ORTOPEDIA OK
- CIR. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 02/11/2019 12:50:23

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 527629	
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO		Pai:	
End.Resid/: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99401-763
Responsável: MARIA		CNS: 898002934955496	
Profissão: COMERCIANTE		Documento: CPF: 646.717.203-53	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749717	Entrada: 02/11/2019 12:33:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, CORTE EM FRONTE SUTURADO, REFERE DOR, EDEMA NO MSE		Assinatura: JULIA FERNANDA DOS SANTOS SENE COREN 276415 Em: 02/11/2019 12:39:23

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO) AVINDO DA UPA DO PROMORAR, RELATA DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, E EM OMBRO ESQUERDO

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 99.BPM, SAT O2: 100%

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE

E) ESCORIAÇÃO EM FACE

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 02/11/2019 HORA 13:01
EX: 629415
TECNOLOGO: [Assinatura]

Diagnóstico Icial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1350923) - T.C. DE CRANIO

(1350924) - PELVE

(1350925) - COXA DIREITA

RAIO X REALIZADO
DATA 05/12/19 HORA
TÉCNICO: [Assinatura]

Prescrição Médica:

Assinatura: [Assinatura]
Matrícula: 88904
SAME - HUT
Conferm com Original

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

Dr. Fátima Brito
MÉDICA
ERM-PI 6957

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 02/11/2019 12:50:22

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 819991945	Nº REGULAÇÃO: 98828	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA		NASCIMENTO: 13/10/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 02/11/2019 10:39:28			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMERO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 97%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 02/11/2019 11:17:29
<i>Dra. Fernanda Nunes de Castro</i> Coloproctologia Cirurgia Geral CRM-PJ 4195 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Kassia Janays Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original

Kassia Janays Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confere com Original



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

258072

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	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA			6 - Prontuário: 527629
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763		
13-Resp: MARIA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - 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:

FRATURA DE UMEMO E

21 - Condições que justificam a internação:

RX

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prin:

S423

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020393

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMEMO

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

02

01

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO SOARES VALENÇA

02/11/2019

35-Ass. em Nome de: **VALDENICE MENDES** (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Rg.Bilme:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	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: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (VALDENICE MENDES) Consulta Local: 749717 Consulta SUS: Impressão: 02/11/2019 17:10:03



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

2293

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

118

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Vicente Ferreira da Costa

Nº AIH 250912

Nº PRONTUÁRIO 527629

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Joel

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

06, 11, 2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

04

Placa DCP Estreita 4.5

06

Parafusos corticais

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine Medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 06, 11, 2019

EM _____

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 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	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA	6 - Prontuário: 527629
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956
9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763
13-Resp: MARIA	14-Fone: 86-99401-763
15-Ende: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020393	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO
31-Cod.Procedi-mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
Fornecedor da OPM: SPINE	
38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 06/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
Quant. Soli-cidata: 1	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Lesão / fratura úm, no a ltr dcd -

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIVAN)

0270



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.: 73621 - Em: (02/11/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
250912	527629 VICENTE FERREIRA DA COSTA	13/10/1956	POSTO 2	ENFERMARIA 104	LEITO 06	RICARDO SOARES VALENÇA				
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora:		ALÉRGICO À DÍPIRONA								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	OPAL Tipo DI, Nutricionista CRN6 2600									
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	MANTER ACESSO		1,00	Ampola	EV	6/6h				
3	DIPYRONA 500MG/ML INJ 2ML		1,00	Ampola	EV	12/12h				
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	12/12h				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	8/8h				

Observações Gerais: - GLICEMIA CAPILAR 6/6H
- INSULINA REGULAR CONFORME GLICEMIA CAPILAR:

181 - 200: 2 UI
201 - 250: 4UI
180: 0
301 - 350: 8 UI
351 - 400: 10 UI
GLICOSE 50% 4 AMP EV SE GLIC CAPILAR < 70 MG/DL

Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirme com Original

propofol 500mg 06/03/19

propofol 500mg 07/11/19

18 06h

18 06h

18 06h

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3758 - TEO: 11.305
Tel: (86) 9822-0561



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Vicente Ferreira da Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>527629</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Parto Normal</u>	CIRURGIA: <u>Parto Normal</u>
ANESTESIA: <u>bloqueio + sedação</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Citoger</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Denise</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u>	CPF Nº: _____

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.315-88

MATERIAL DE CONSUMO

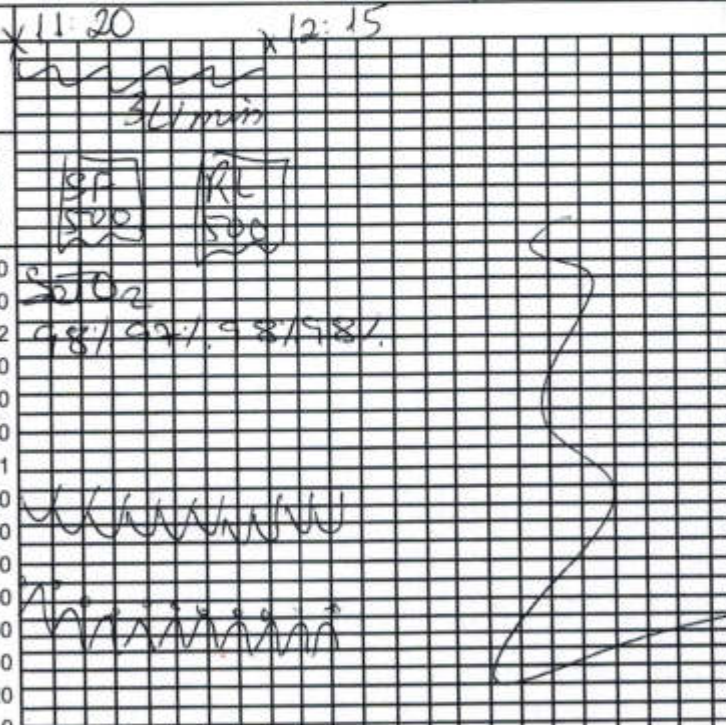
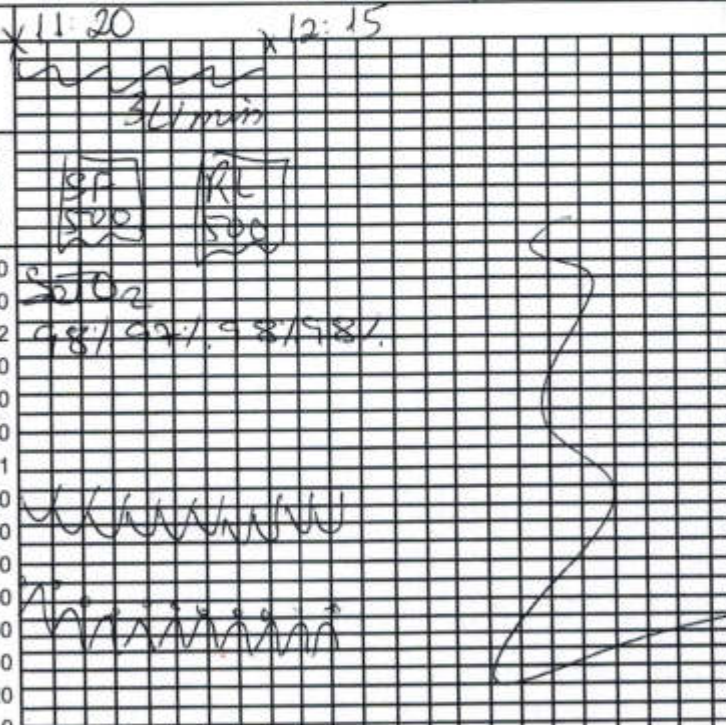
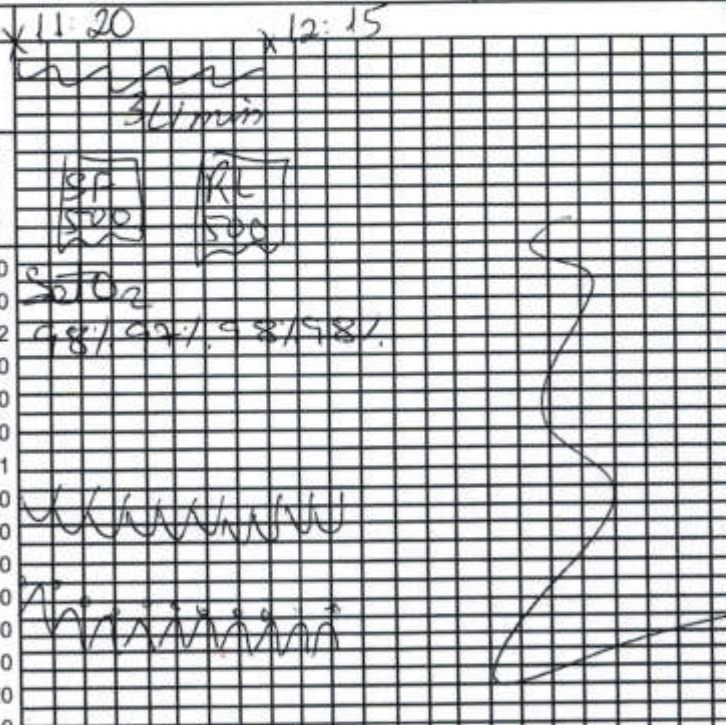
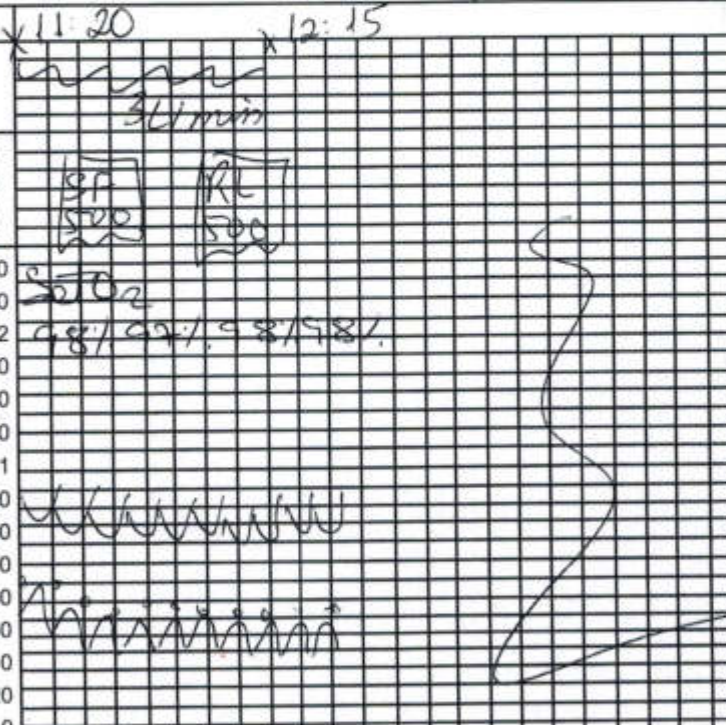
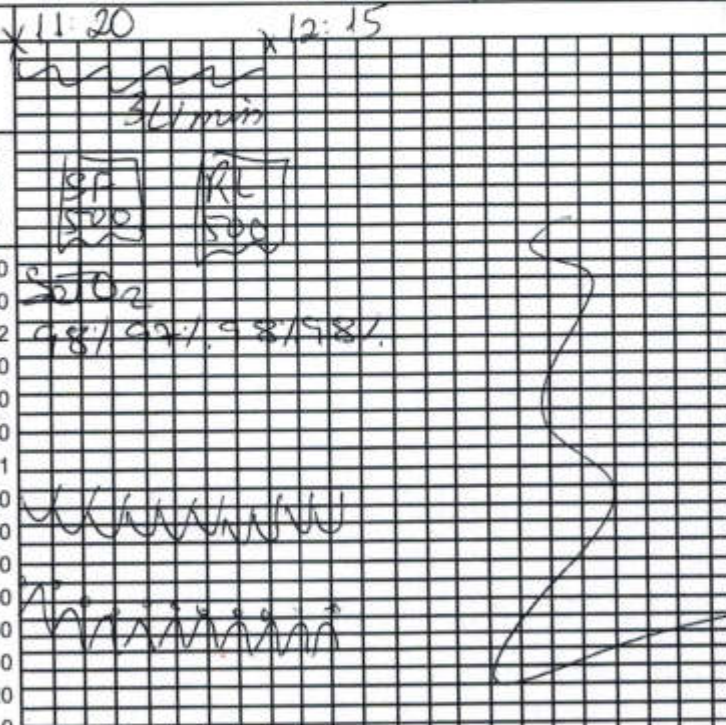
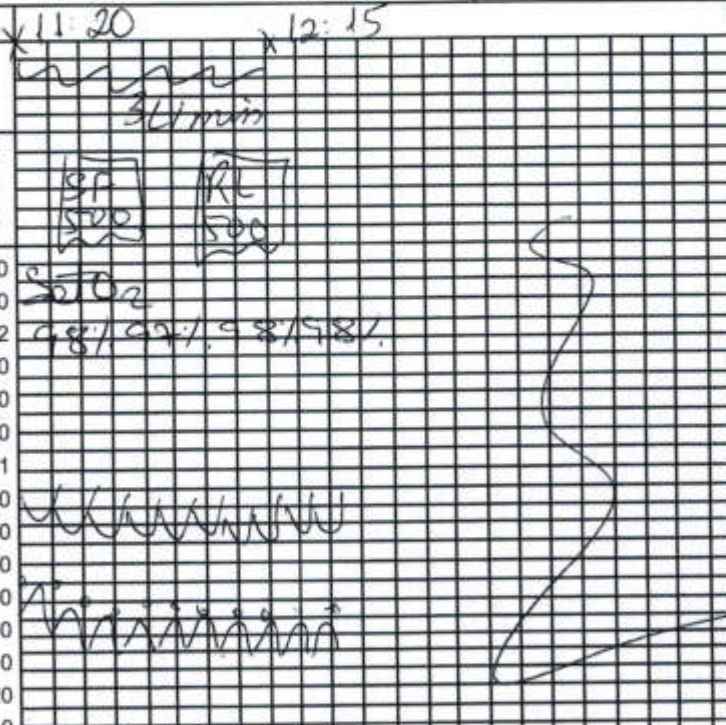
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7.2/8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/6.2	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Esponjas	-	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Ocorrência	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletródos	-	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 3.0	-	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL nº 0	-	0		CIRCULANTE: <u>Joelma Gonçalves</u>			
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.315-88

Joelma Pimentel Cavalcante
Matrícula: 89904
SAME - HUT
Confere com Original

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Vicente Pereira da Costa</u>						Nº DE REGISTRO		
DATA: <u>06-11-19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>ASA II (HA+DM)</u>								
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Alergia clonazepam, AAS</u>						ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>semitidina</u>						ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Fx de úmero (e)</u>						FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	x 11:20 x 12:15 					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 100						- o Cefazolin 1g - o Diclofenaco 4mg - o Bextra 1Fr - o Ondansetron 4mg	
TEMPERATURA T	C°						SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38						1 Sedação 2 fentanyl 75µg 3 midazolam 4 Bloqueio 5 interescalar 6 + supracostal 7 pulso CIUS 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							DURAÇÃO <u>agulha d</u>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O							INCIDENTE - ACIDENTE	
SÍMBOLOS								
TÉCNICAS <u>Sedação + bloqueio</u>				<u>estímulo plex A5</u> <u>lidocaina 1,5%</u> <u>rocurônio 0,75</u> <u>20m</u>				
OPERAÇÕES								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
								
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057336/20

Número do Sinistro: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

VICENTE FERREIRA DA COSTA

RG:

2086082

Orgão Emissor:

SSP-PI

CPF:

646.717.203-53

Nacionalidade:

BRASILEIRO

Est. Civil:

CASADO

Profissão:

PEDEIRO

Endereço:

Q. Raimundo Portela A. 66 Lot. N° 3 C A

Bairro:

Promove

Cep:

Cidade/UF:

TERESINA-PI

Telefone:

(86) 93807-7870

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira

RG: 2.212.129

Orgão Emissor:

SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade:

Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço:

Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902

Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591

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

Vítima:

VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF:

646.717.203-53

Data do Acidente:

02/11/19

Cobertura solicitada:

☒ Invalidéz Permanente () DADS () Morte

TERESINA 28 NOVEMBRO 2019

Local e data

Vicente Ferreira da Costa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do exame: 18/11/2019

Id Paciente: LA246423

Data do laudo: 20-11-2019

Raio X de Braço Esquerdo

Fratura no terço médio do úmero fixada com placa e parafusos metálicos.

Espaços articulares preservados.

Aumento do volume da densidade de partes moles.

DR. IVAN FONTENELE GOMES
CRM-PI 2426



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: Hospital ProMorar

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do exame: 14/01/2020

Id Paciente: 78364HP

Data do laudo: 15-01-2020

Raio X de Úmero Esquerdo

Osteossíntese do úmero com placa e parafusos de fixação.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



VICENTE, FERREIRA DA COSTA
063Y M LA246423
Nasc: 13/10/1956
BRAÇO
UP_EXM
Im: 1 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
18/11/2019 063Y M LA246423
15:39:20 Nasc: 13/10/1956
BRAÇO,LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2140 X 880

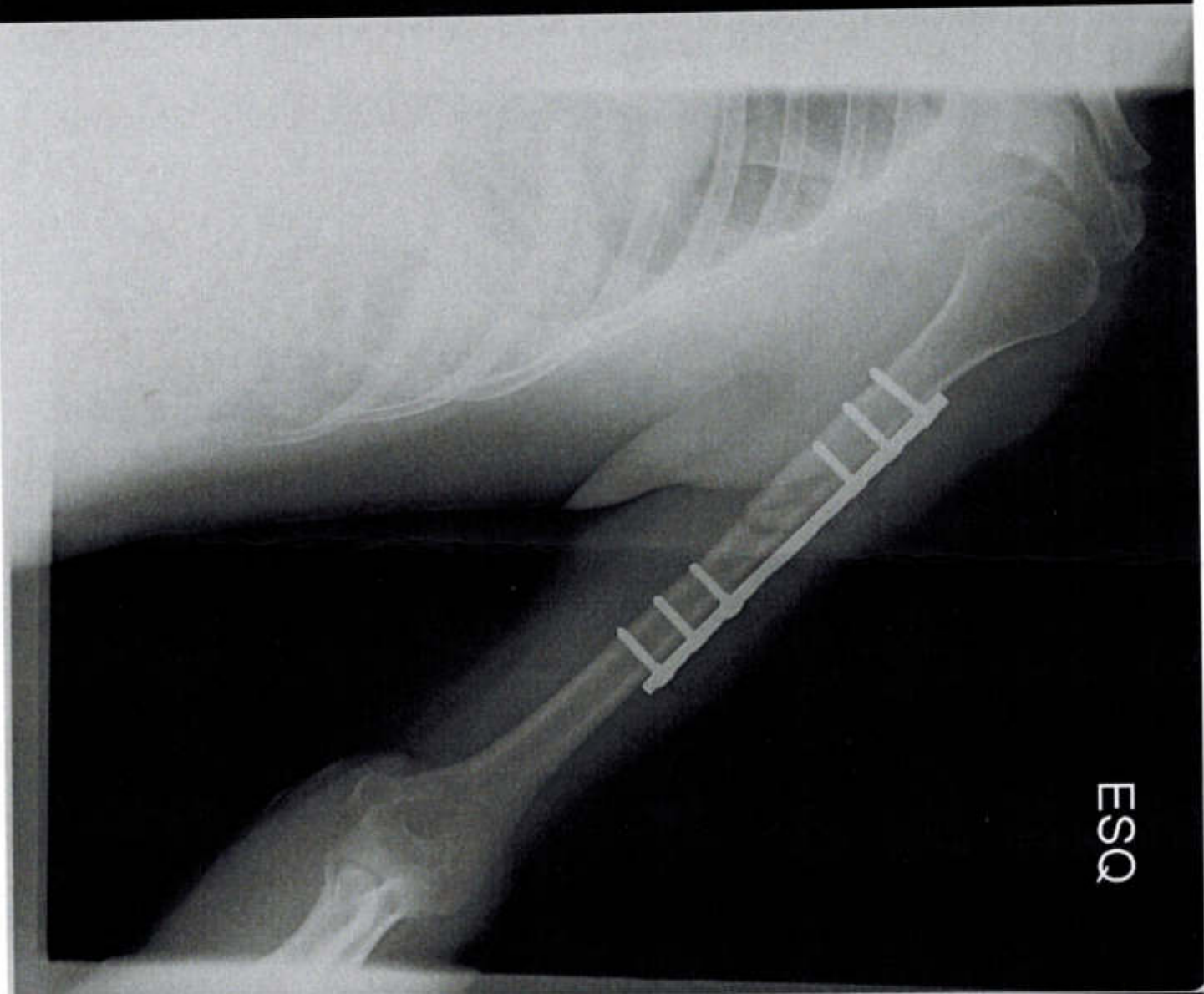
W: 1023 L: 511

44.29% W: 1023 L: 511

44.29%

VICENTE, FERREIRA DA COSTA
063Y M 78364HP
Nasc: 13/10/1956
UMERO,FRN
UP_EXM
4280 X 3520

ESQ



HOSPITAL DO PROMORAR
14/01/2020
08:59:17

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200070550 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 02/11/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P5/11_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

NOME
KEILLY MOIRA DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIFICATÓRIO NACIONAL
2232129 SSP PI

CPF
839.502.303-00

DATA NASCIMENTO
18/12/1979

FUNÇÃO
ANTONIOZ GOMES DE
OLIVEIRA
EVA MOIRA DA SILVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

REGISTRO
07318478449

VALIDADE
20/08/2020

PRIMEIÇÃO
21/08/2019

OBSERVAÇÕES

Keilly moira de oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
21/08/2019

ASSINATURA DO DETENTOR

50470908293

8310771158

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460

PIAUI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Vicente Ferreira da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2086082 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/2019

NOME VICENTE FERREIRA DA COSTA

TIPO DE FILIAÇÃO MARIA DAS DORES CARVALHO ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

NACIONALIDADE MIGUEL ALVES - PI DATA DE 13/10/1956

DOC. ORIGINAL CERT. CASAMENTO 7080 L 17 F 91

EXP. TERESINA - PI 28/09/1981

CNPJ 646.717.203-53

Assinatura de Chefe de Polícia

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 R\$50 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Menezes de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Vicente Ferreira da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.717.203.53
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vicente Ferreira da Costa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.717.203.53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turismo</u>	Estado: <u>PJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9591</u>

Local e Data: Turismo - Piauí 03.02.2020

Keylly Menezes de Oliveira
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203.53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro

8 - Endereço:

R. Raimundo Portela S/N

6 - CPF:

646.717.203.53

11 - Bairro:

Guomour

9 - Número:

E.A

10 - Complemento:

Ad. 66 Lt 03

12 - Cidade:

Terreiros

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

038703

CONTA:

10721

AGÊNCIA:

CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Terreiros, Piauí 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203.53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro

8 - Endereço:

R. Raimundo Portela S/N

6 - CPF:

646.717.203.53

11 - Bairro:

Humour

9 - Número:

E.A

10 - Complemento:

Ad. 66 Lt 03

12 - Cidade:

Terreiros

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

038703

CONTA:

10721

AGÊNCIA:

CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Terreiros, Piauí 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CDC 001 1/007/2010



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Yuziane Da Silva Franco

Data/Hora: 28/11/2019 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Data/Hora

02/11/2019 - 05:00

Tipo Local

OUTROS

Município

MIGUEL ALVES

Bairro

NÃO INFORMADO

Endereço

ESTRADA ENTRE MIGUEL ALVES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

575854

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA

RG: 2086082

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DAS DORES CARRVALHO

Pai: ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

Endereço: CONJUNTO PROMORAR QUADRA 66 LOTE 3 CASA A, Nº

Bairro: PROMORAR

Cidade: TERESINA - CEP: 64027-150

Nome: JAIME MARTINS DE SANTANA

RG: 1183395 SSP PI

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEICULO

Mãe: ANA DE SOUSA MARTINS

Pai: FRANCISCO ROMAO DE SANTANA

Endereço: RUA APOLO TADEU, Nº 4574

Complemento: SETOR DA PALITOLÂNDIA

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - FORD.	Ranger Cab. Dupla	2001	LVN6621	BAFERI13D11J189780	00750713151	Cinza
Condutor: JAIMES MARTINS DE SANTANA						
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro:						
Proprietário: JAIMES MARTINS DE SANTANA						
Cidade: TERESINA UF: Bairro: ESPLANADA						

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA 02/11/2019 AS 5 HORAS DA MANHA O CARRO DESCONTROLOU EM CIMA DE UMA PONTE; QUE EU ESTAVA ME DESLOCANDO PARA O MUNICÍPIO DE MIGUEL ALVES; QUE TIVE FRATURAS NO BRAÇO ; QUE PASSEI PRO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS; QUE LEVEI PANCADA NA CABEÇA E PERDI MUITO SANGUE; QUE EU ERA PASSAGEIRO; QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O VEICULO ERA "PASSARINHO DO ACORDEON";QUE DEPOIS DO ACIDENTE FUI SOCORRIDO EM MIGUEL ALVES E DEPOIS TRANSFERIDO PARA TERESINA; QUE O CARRO FOI QUASE PERDA TOTAL; QUE AO FINAL O NOTICIANTE APRESENTOU NESSA GERENCIA O PRONTUARIO DE NUMERO 527629 EXPEDIDO PELO HUT

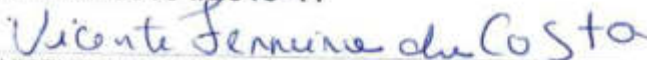


Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

959 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000194/2019-41


Yuziane Da Silva Franco - Mat.
AGENTE DE POLÍ


VICENTE FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Nêko Leal Pargoba
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat. 196.535-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

646.717.203.53

4 - Nome completo da vítima:

Vicente Ferreira da Costa

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

5 - Nome completo:

Vicente Ferreira da Costa

7 - Profissão:

Recebeiro

8 - Endereço:

R. Raimundo Portela S/N

6 - CPF:

646.717.203.53

11 - Bairro:

Humour

9 - Número:

E.A

10 - Complemento:

Ad. 66 Lt 03

12 - Cidade:

Terreiros

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

038703

CONTA:

10721

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Terreiros, Piauí 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CDC 001 1/007/2010

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 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: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000010721-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200070550 Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200070550

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 02/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICENTE FERREIRA DA COSTA

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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000010721-4

Nr. da Autenticação DDDF1A50CCAB59D5

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA
RG: 2086082 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 646.717.203-53 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: CASADO Profissão: PEDEIRO
Endereço: R. Raimundo Portela A. 66 Lot. 03 C A
Bairro: Promove Cap: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 93807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

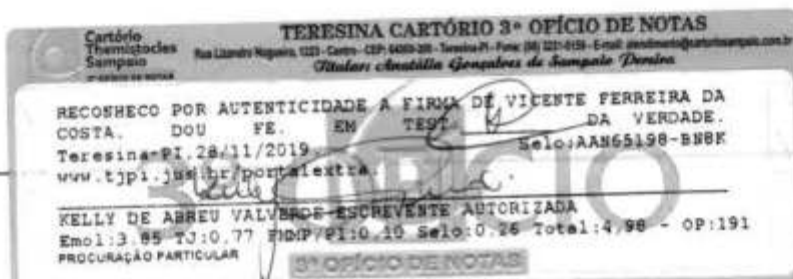
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar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

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA
CPF: 646.717.203-53 Data do Acidente: 02/11/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 28 NOVEMBRO 2019
Local e data

Vicente Ferreira da Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045524/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045524/20

Vítima: VICENTE FERREIRA DA COSTA

CPF: 646.717.203-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/11/2019

Titular do CPF: VICENTE FERREIRA DA
COSTA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

VICENTE FERREIRA DA COSTA : 646.717.203-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.212.129
DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME	KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	18/12/1979
DOC. ORIGEM	BARÃO DE GRAJAU-MA
CERT. NASC.	39751 V 53A F 097
EXP. TERESINA-PI	27/08/39
TERESINA - PI	839.502.303-00
ASSINATURA DO DIRETOR	Pedro Gomes de Moraes
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Vicente Ferreira da Costa
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

14/11/2019

REGISTRO 2086082
DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME VICENTE FERREIRA DA COSTA

FILIAÇÃO MARIA DAS DORES CARVALHO
ZACARIAS FERREIRA DA COSTA

NATURALIDADE MIGUEL ALVES - PI DATA DE 13/10/1956

ELOC. ORIGINAL CERT. CASAMENTO 7080 L 17 F 91
EXP. TERESINA - PI 28/09/1981

CNP 646.717.203-53

Ass. Francisco das Chagas Pinheiro Martins

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CARTÃO DO SUS Nº _____

NOME: Vicente Ferreira da Costa

Profissão: _____

Sexo: () Nasc.: 13/10/56

Pai: _____

Filiação _____

Mãe: _____

Endereço: R. 66 L. 03 CA. Pousadas - Teresina

Município: Terresina

Estado _____

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

Data do Atendimento: 05.08.88 Hora: 3:30

PA: 180 - 110 GC: 234 TAX: _____ P: 90 SpO2: 99%

Motivo do Atendimento e descrição médico

Paciente queixou-se de dor aguda no lado direito do corpo, com perda de
consciência de repente há 3 h. História de trauma recente,
sem perda de consciência, vômitos, diarreia.
Após exame físico, não há lesões visíveis, nem fraturas.
Após exame de laboratório, ASB.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exames físicos: geral / LOTO / Constatante, sem alterações em físico,
sem alterações em exames de laboratório. Exames de imagem
deferidos para avaliação.

DIAGNÓSTICO

2.0. Sinais de dor - com alteração de consciência
após trauma.

Devido ao quadro de dor aguda, há necessidade de exames de imagem
para avaliação complementar diagnóstica para a conduta de

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
 TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

Em: 26/11/2019
 CONFERE COM O ORIGINAL
 LPA Promorar

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 02/11/2019 10:15:29

(User: FERNANDA NUNES)

(Estação: CONSULTORIO1)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 133817	
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO		Pai:	
End.Resid.: QD 66 LOTE 10 CASA A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99401-763
Responsável: O MESMO		CNS: 898002934955496	
Profissão:		Documento: CPF: 646.717.203-53	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 496213	Entrada: 02/11/2019 10:04:39	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO/TRANSPORTE OUTROS VEÍCULOS			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), APRESENTA LESÃO EM FRONTE COM CURATIVO OCLUSIVO, E DOR EM NTE COM MEMBRO IMOBILIZADO. ALERGIAS: DIFIRONA E AAS. DPE: MAS, DM, GC 157 MG/DL		PAULA RODRIGUES LIMA COREN 494034 Em: 02/11/2019 10:10:10

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 98 bpm	Pressão: 150X99 mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente com relato de acidente de carro com capotamento há 5 horas, em Miguel Alves.
 Foi atendido em Lagoa Alegre, onde foi suturado na frente

Diagnóstico Inicial: ?	542.3	CID:
----------------------------------	-------	-------------

Exames Complementares: rx do ombro e braço esquerdo	→ Fratura de corpo do úmero esquerdo
---	--------------------------------------

Prescrição Médica: Folha de repouso por ortopedista

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Exames	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____	Assinatura:
--	---------------------------------	--------------------------	--------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDA NUNES DE CASTRO
 CRM PI 4195 Em: 02/11/2019 10:15:28



NOME DO PACIENTE: Vicente Ferreira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527629

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".

- ~~NEURO~~ (OK)
- ORTOPIEDIA OK
- CIR. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 02/11/2019 12:50:23

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA		Prontuário: 527629	
Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO		Pai:	
End.Resid:/: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 13/10/1956	Idade: 63a0m20d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99401-763
Responsável: MARIA		CNS: 898002934955496	
Profissão: COMERCIANTE		Documento: CPF: 646.717.203-53	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749717	Entrada: 02/11/2019 12:33:06	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
AGRESSÃO	Dor moderada	Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, CORTE EM FRONTE SUTURADO, REFERE DOR, EDEMA NO MSE		JULIA FERNANDA DOS SANTOS SENE COREN 276415 Em: 02/11/2019 12:39:23

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO) AVINDO DA UPA DO PROMOPAR, RELATA DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, E EM OMBRO ESQUERDO

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 99.BPM, SAT 02:100%
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE
E) ESCORIAÇÃO EM FACE
- TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA: 20-08-2018

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA: 02/11/2017
EX: 13:01
TECNOLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Iicial:	CID:
?	

Exames Complementares:

- (1350923) - T.C. DE CRANIO
(1350924) - PELVE
(1350925) - COXA DIREITA

RAIO DE 17200
DATA 05 12 79
TECNICO: [Signature]

Prescrição Médica:

Matino
SAME -
Confirms com On

Kosovo Agency for Personnel Control
Matricola: 89904
SAME - HUT
Conferma con Ordine

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: ____/____/____. HORA: ____:____:____. Dr.ª Fátima Brito

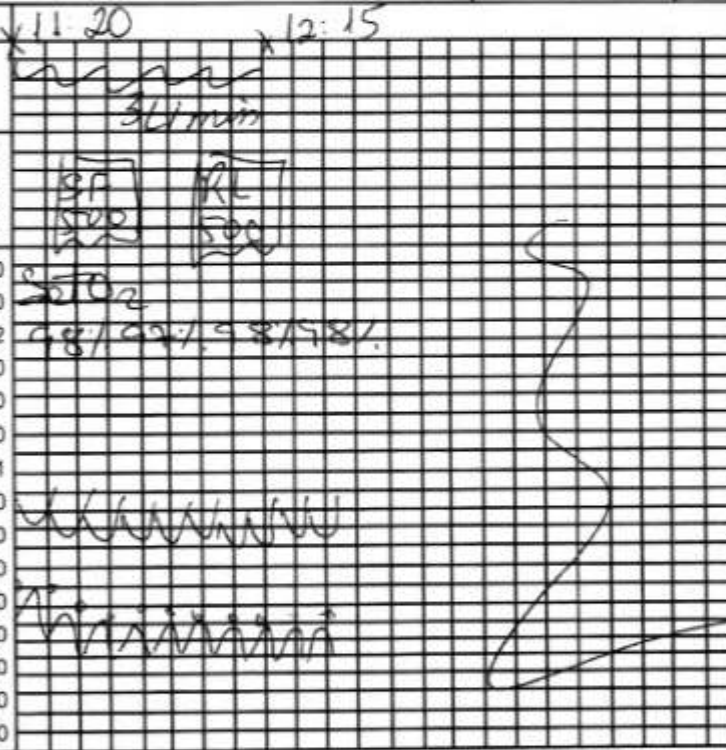
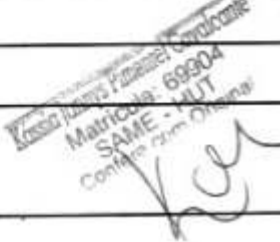
Dr.^a ^{HORACIO} ~~Fátima~~ Brito
MÉDICA
CRM-PI 6957

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CPM: Em: 02/11/2019 12:50:22

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Vicente Pereira do Costa					Nº DE REGISTRO		
DATA: 06-11-19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA ASA II (HA+DM)							
SISTEMA CIRCULATÓRIO Alergia clonazepam, AAS					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO remetida					ASMA	BRONquite	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fx de úmero (C)					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	x 11:20 x 12:15 				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA T	Cº					1 Sedação	
P. ARTERIAL V O PULSO	38					2 fentanyl 7.5µg	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						3 midazolam	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						4 Bloqueio	
RESPIRAÇÃO O						5 intercostal	
SÍMBOLOS						6 + supraco	
						7 pulso CIUS	
TÉCNICAS Sede co + bloqueio						DURAÇÃO agulha de	
OPERAÇÕES						INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES						artimulopex A-50	
ANESTESISTAS						li do coino 1,5%	
 Dr. Roberto  Kessia						rofix coino 0,75%	
						CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARITICULARIDADES							

Exame : 15:30

Idade de 4 anos B
Intelecto
UHS

Neurocirurgia

TCE após capotamento.

Glasgow 15

TC de crânio: sem patologias neurocirúrgicas

CD: Sem condut. neurocirúrgica

alta de NCE

unidade clínica.

Dr. Ricardo
CRM 376 - RJ
Tel. (021) 9888-1111

Dr. Esmael Barros de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-P1 5084 RO-5144

Kassia Lourenço Almeida Cavalcante
Matrícula: 88904
SAME - HUT
Conferir com Original

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 819991945	Nº REGULAÇÃO: 98828	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: VICENTE FERREIRA DA COSTA		NASCIMENTO: 13/10/1956

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

02/11/2019 10:39:28

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 97%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
---------------------------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:
------------------	---------------------------------	-------------------

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 02/11/2019 11:17:29

Dra. Fernanda Nunes de Castro
Coloproctologia
Cirurgia Geral
CRM-PI 4195

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Kassia Juany Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirmação de Encaminhamento

Kassia Juany Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirmação de Encaminhamento



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

258072

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	250912

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA	6 - Prontuário: 527629		
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763		
13-Resp: MARIA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA DE UMERO E			
21 - Condições que justificam a internação: RX			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise do úmero	24-CID Prim: S423	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020393	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 02/11/2019	35-Ass. de Enfermagem: VALDENICE MENDES (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (VALDENICE MENDES) Consulta Local: 749717 Consulta SUS: Impressão: 02/11/2019 17:10:03



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

2293

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

118

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Vicente Ferreira da Costa

Nº AIH 250912

Nº PRONTUÁRIO 527629

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Joel

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

06, 11, 2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

04

Placa DCP Estreita 4.5

06

Parafusos corticais

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine Medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 06, 11, 2019

EM _____

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO 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: 250912
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VICENTE FERREIRA DA COSTA			6 - Prontuário: 527629
7-CNS: 898002934955496	8-Nascimento: 13/10/1956	9-Sexo: Masculino	CPF: 646.717.203-53
11-Mãe: MARIA DAS DORES CARVALHO	12-Fone: 86-99401-763		
13-Resp: MARIA	14-Fone: 86-99401-763		
15-Ender: QD 66 LT 03 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020393		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- data:
0702030902	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: SPINE			

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 06/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Lesão / fratura Ulna, no antebraço.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Ass. Jureys Pinheiro Cavalcante Matrícula: 69904 SANE - HUT Data: 02/05/2013	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: _/_/_	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)



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

0870

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 73621 - Em: (02/11/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
250912	527629	VICENTE FERREIRA DA COSTA	13/10/1956	POSTO 2	ENFERMARIA 104	LEITO 06	RICARDO SOARES VALENÇA		
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:		Alergias:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo DM, Evolução Médica, Nutricionista, CRN6 2800								
1	CLORITO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			EV	24/24h				
2	MANTER ACESSO								
3	TRAMADOL 20MG/ML INJEZÁVEL			EV	6/6h				
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJEZÁVEL SE DOR REFRATÁRIA			EV	12/12h				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SE NAUSEAS OU VÔMITOS			EV	8/8h				

Observações Gerais:

- GLICEMIA CAPILAR 6/6H
- INSULINA REGULAR CONFORME GLICEMIA CAPILAR:
- 180: 0
- 181 - 200: 2 UI
- 201 - 250: 4UI
- 251 - 300: 6 UI
- 301 - 350: 8 UI
- > 351: 10 UI
- GLICOSE 50% 4 AMP EV SE GLIC CAPILAR < 70 MG/DL
- CCGG

Assinatura Médica: *[Assinatura]*
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Contato com o Médico

populacional 500y w 6/6h w
baptista 50y w 7/11/23

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia Traumatologia
CRM: 3748 - RCP: 13005
Tel: (06) 9833-0567



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Vicente Ferreira da Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>527629</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Pinta Maligna</u>	CIRURGIA: <u>Ressecção, limpa</u>
ANESTESIA: <u>bloqu岸 + sedação</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>CITAGN</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Denise</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u>	CPF Nº: _____

Dr. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.312-88

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7½/8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/6½	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	300	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 90ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		basomax	-	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				eletrados	-	02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				repem			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº-3.0	-	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL nº-0	-	0		CIRCULANTE: <u>Fagundes Gonçalves</u>			
PROLENE							

Dr. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.312-88

João Paulo Fagundes Gonçalves
Matrícula: 68904
SAME - HUT
Confere com Original

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Maria de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Vicente Ferreira da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.717.203.53
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Vicente Ferreira da Costa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.717.203.53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turina</u>	Estado: <u>PJ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472-9591</u>

Local e Data: Turina - Piauí 03.02.2020

Keylly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante