



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.008-440 Fone: 3480.0001 - Fax: 3480.1005
E-mail: atendimento@cppe.com.br - Site: www.cpe.com.br
Regime Especial de Imposto de Renda para Pessoa Jurídica

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1582713-5

Nº da Nota Fiscal 016596860

A Tarifa Social de Energia Elétrica - VSE foi criada
pelo Lei nº 10.429 de 26 de abril de 2001.

CONTAS EM VENCIMENTO
JANEIRO/2019 24/01/2019

109 108,29

ANTONIA CARVALHO DE OLIVEIRA COSTA
LC MORADA NOVA S/N B-RURAL
CPF: 00001364849372
CPF: 64.138-000 - LAGOA ALEGRE

LÍQUIDO PAGA		LÍQUIDO RECEBER	
Atual:	2649	Atual:	17/01/2019
Anterior:	2540	Anterior:	19/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	18/02/2019
Consumo Medido:	109	Próxima Leitura:	16/01/2019
Consumo Tarifado:	109	Emissão:	17/01/2019
Consumo Tarifado:	109	Anterior:	29

NORMAL

Classificação	Ligação	Número Medidor	Pode	Código Fát.	Período Tarifa
RESIDENCIAL	MONO	A1853954		1.1.1.1	91

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/18	73	CONSUMO	109 A R\$ 262958 = 2,81
NOV/18	113	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	2,81
OUT/18	138	CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	3,02
SET/18	115	MULTA POR ATRASO	5,53
AGO/18	75	JUROS POR ATRASO	2,83
JUL/18	45		
JUN/18	96		
MAI/18	79		
ABR/18	97		
MAR/18	79		

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO NO FISCO 965E.8786.E787.251F.0067.25C5.1958.54EC

COMPOSIÇÃO DO VALOR		VALORES ADICIONAIS	
Distribuição:	37,91	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	6,41	Alíquota ICMS:	20,69
Impostos:	4,04	Valor do ICMS:	0,95
Encargos:	26,07	Valor do PIS:	4,43
Tributos:		Valor do CUPS:	

UNIAO 7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14
0,00 0,00 0,00 11/2018 32,95



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.008-440 Fone: 3480.0001 - Fax: 3480.1005
E-mail: atendimento@cppe.com.br - Site: www.cpe.com.br

SEU CÓDIGO
1582713-5

TOTAL A PAGAR - R\$
108,29

MÊS FATURADO
01/2019

VENCIMENTO
24/01/2019

016596860 FCA

Nº da Nota Fiscal 6 7135119008 4





o cartão do
brasileiro



CTCE FORTALEZA CE PLB

ANTONIO DA SILVA BARROS
RUA CANIDE Nr. 2088

CENTRO
64120-000 - UNIAO - PI



1413111973023590000000235830111018



1143



DATA DE POSTAGEM: TORO

11/10/2018

Corr
R\$ C

19.10.18 - 1

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Central de Atendimento:
3003-3210 Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 725-3210 Demais Regiões

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



o cartão do
brasileiro

☐ Ausente
☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente
☐ Falhado
☐ Não existe o número indicado

☐ Mudou-se
☐ Desconhecido
☐ Recusado

Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___
Responsável: _____

PARA USO DOS CORREIOS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 175692.000001/2019-75

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 468.162.405-53 Nome completo da vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

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

Nome completo: VALDIR DOS SANTOS COSTA CPF: 468.162.405-53
Profissão: --- Endereço: LC. MORADA NOVA Número: 3711 Complemento: ---
Bairro: R - RURAL Cidade: LOGGA - ALEGRE Estado: PIAUÍ CEP: 64-138-000
E-mail: --- Tel.(DDD): (86) 99485-1210

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: ---

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 27315 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data, Logga - PI, 11 de março de 2019
Nome: ---
CPF: ---

Impressão digital de quem assina a declaração

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Valdir dos Santos Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ---

CPF: ---

2ª Nome: ---

CPF: ---

Assinatura

Assinatura

DEPARTAMENTO DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SUI ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

12.59.46
000474165
00047418

23/01/2019
CONVENIO:
OPERADOR:

AGENCIA: 0029 - CONSELHEIRO SARAYVA
CONTA 043 00027315-5
VALDIR DOS SANTOS COSTA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
SALDO PARA REALIZADOS A PARTIR 04/05/
VALOR
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/
VALOR

DATA
09/01



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Valdir dos Santos Costa** deu entrada neste hospital no dia 10 de outubro de 2018, às 11h02min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido em ambulância.

União (PI), 08 de janeiro de 2019.



Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.



HOSPITAL DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

SAO PAULO,
SAO JUDAS TADEU, UNIAO/PI - 64120-000
CNPJ: 18488308/0001-93
(86) 3265-1116

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P03727
Data: 10/10/2018
Funcionario: SOCORRO
SUS

Guia:
Hora: 11:02:03
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

14419-VALDIR DOS SANTOS COSTA

Nasc.: 15/05/1968 Idade: 50 ANOS
End.: LOC. MORADA NOVA, 0 -
IBGE: 221110D Cor: PARDA

Profissao: LAVRADOR
Bairro: ZN RURAL
Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA

CPF: 468.162.405-53 - RG: 3260546 - SUS: 7002019428
Civil: CASADO(A) CEP: 64120-000
Cidade: UNIAO/PI
Pai: JOAQUIM MARQUES DA COSTA

Unidade: CLINICA MEDICA
Atividade:

Documento: 1613 - ALDO JOSE DE OLIVEIRA LEAL
Validade: 30/12/1899

Responsavel: VALDIR DOS SANTOS COSTA - O MESMO
Autorização:

Procedimentos

- 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
- 301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: 11:02:03
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

*Fratura de ulna E? Prov
Acidente de trânsito*

Prescrição Médica:

COOPERADORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 08/10/19
MILAGRES

*Milagres
12:00*

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 11:32:03

Prioridade:

- ☐ Vermelha - Emergência
- ☐ Laranja - Muito Urgente
- ☒ Amarelo - Urgente
- ☐ Verde - Pouca Urgente
- ☐ Azul - Não Urgente

Queixa, História: PACIENTE COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, DEVIDO ACIDENTE DE MOTO.

Alergias:

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg TAX: 0% FR: 0 mrpm SAT 02: 0 Dor:
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. AO CONS. MEDICO

Dados da Alta

- ☐ Alta
- ☐ Óbito
- ☐ Evasão
- ☐ Transferencia

*Dayse Olívia Damasceno
Enfermeiro*
157448 - DAYSE OLÍVIA DAMASCENO FERREIRA -
Enfermeiro Responsável
Hora: 11:32:03
Desenho:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

NOME completo da vítima:

3190.14470468.162.405-53 VALDIR DOS SANTOS COSTA

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

Nome completo:

CPF:

VALDIR DOS SANTOS COSTA

468.162.405-53

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

MOTORISTA

LC MORADA NOVA

5/109

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

B-RURAL

LAJOA-ALFRE

PIAUÍ

64-13000

E-mail:

(DDD) 99576-4717

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

00027315

5

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

☐ 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

UNIAO-PI 26-03-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 175692.000001/2019-75

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente (Oliveira De Sousa)

Data/Hora: 15/01/2019 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE LAGOA ALEGRE

10/10/2018 - 08:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA ALEGRE

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCALIDADE LAGOA SECA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Ponto de Referência

PROXIMO AO COLEGIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3.260.548 SSP/PI

Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA

Pai: JOAQUIM MARQUES DA COSTA

Endereço: LOCALIDADE MORADA NOVA, Nº 1902

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA ALEGRE

Telefone(s): 86-9455-1925 86-9576-4717

2º J CORRETORIA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. YBR125K

Ano: Placa: Chassi:

2012 0EC2373 9C6KE1520C0109023

Renavam:

004809360E4

Cor:

Preta

Condutor: VALDIR DOS SANTOS COSTA

RG: 3.260.548 Órgão: SSP/UF RG: PI

End: LOCALIDADE MORADA NOVA Número: 1902 Complemento: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA ALEGRE UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, LICENCIADA EM NOME DE EVERALDO MIRANDA DE SOUSA, O MESMO VINHA DO SENTIDO ZONA RURAL AO DESTINO LAGOA-PI, E CHEGANDO NO LOCAL JÁ MENCIONADO, NA ESTRADA CARROÇAL AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO, CHEGANDO A CAIR E QUEBRANDO O BRAÇO ESQUERDO, E ESCORIAÇÕES NAS PERNAS E NOS BRAÇOS, E SOCORRIDO POR TERCEIROS, TENDO COMO TESTEMUNHA, O SR RAIMUNDO NONATO CARVALHO DE OLIVEIRA, RG-2.671.100-PI, CPF-026.112.493-50 RESIDENTE NA LOCALIDADE POÇOS DOS GASPAR ZONA RURAL DE LAGOA ALEGRE-PI, E A SENHORA BRUNA KARINA DE OLIVEIRA MORAES, RG-4.433.155-PI, CPF-085.162.223-22, RESIDENTE NA MESMA LOCALIDADE, ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Vicente Oliveira De Sousa - Mat. 0098981

AGENTE DE POLÍCIA

Ricardo Moura Lemos de Oliveira

Delegado de Polícia

Mat 27 1224-5

Valdir dos Santos Costa
VALDIR DOS SANTOS COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 468.162.405-53 Nome completo da vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

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

Nome completo: VALDIR DOS SANTOS COSTA CPF: 468.162.405-53
Profissão: --- Endereço: LC. MORADA NOVA Número: 3711 Complemento: ---
Bairro: R - RURAL Cidade: LOGGA - ALEGRE Estado: PIAUÍ CEP: 64-138-000
E-mail: --- Tel.(DDD): (86) 99485-1210

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ---

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 27315 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declaração que esta autização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data, Loggia - PE, 11 de março de 2019
Nome: ---
CPF: ---

Impressão digital de quem assina a declaração

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Valdir dos Santos Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ---

CPF: ---

2ª Nome: ---

CPF: ---

Assinatura

Assinatura

13 MAR 2019

DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SUI ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

12.59.46
000474165
00047418

23/01/2019
CONVENIO:
OPERADOR:

AGENCIA: 0029 - CONSELHEIRO SARAYVA
CONTA 043 00027315-5
VALDIR DOS SANTOS COSTA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
SALDO PARA REALIZADOS A PARTIR 04/05/
VALOR
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/
VALOR

DATA
09/01

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194722

Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALDIR DOS SANTOS COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000027315-5

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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190194722

Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDIR DOS SANTOS COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194722

Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR DOS SANTOS 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: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIR DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000027315-5

Nr. da Autenticação AFC4481BDE276FC7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084417/19

Número do Sinistro: 3190194722

Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

CPF: 468.162.405-53

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR DOS SANTOS COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

VALDIR DOS SANTOS COSTA : 468.162.405-53

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/04/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA
RG: 3.260.548 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 468.162.405-53
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO Profissão: _____
Endereço: R.C. MORADA NOVA Nº 511
Bairro: B. RURAL Cep: 64.138.000 Cidade/UF: LAGOA ALEGRE-PI
Telefone: (86) 9 9576-4717 () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
RG: 1.327.176 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 496.923.053-68
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: _____
Endereço: RUA CAMINDE Nº 2088
Bairro: CENTRO Cep: 64.120.000 Cidade/UF: UNIAO JIARÁ
Telefone: (86) 9 9485-1210 () _____ () _____

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: VALDIR DOS SANTOS COSTA
CPF: 468.162.405-53 Data do Acidente: 10/10/2018

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

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

UNIAO-PI, 11 de março de 2019

Local e data

DPVAT

Valdir dos Santos Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alexsandro Alves de Sousa
Escriturante Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio Magalhães, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3211-0000 - E-mail: aalves@themistoclessampaio.com.br
Reconheço POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR DOS SANTOS COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 25/02/2019. Selo: AAB37610-WH1
www.tjpi.jus.br/portalextra
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCRIVENTE AUTORIZADO
Empl. 13,85 TJ: 0,77 EMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - Op: 442

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084417/19

Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA

CPF: 468.162.405-53

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: VALDIR DOS SANTOS COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

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

VALDIR DOS SANTOS COSTA : 468.162.405-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194722 **Cidade:** Lagoa Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PG. 9,11,15.

DANOS

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

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADES

DETRAN - PI
Nº 012651442692
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2 00480936060 2018

EVERALDO MIRANDA DE SOUSA
680c3
26033
21.75
43085
90466
43458
1335410233
2373

YAPHA/FACTOR YBR125 K
027/0240C
PARTIC
PRETA

1
V
A
00000000
3. PAGO

ALLENACAO DE VEICULO
Banco YAPHA MOTOR DO BRASIL S/A
TERESINA
41/03/2018

PI Nº 012651442692 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

00480936064 YAPHA/FACTOR YBR125 K
2012 906KE1520C0109023

PRÊMIO TARIFÁRIO
001,28
004,35
000,70
185,50

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.408/0001-04
www.seguradoralider.com.br
FEV-2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194722 **Cidade:** Lagoa Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PG. 9,11,15.

DANOS

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

1:327.176

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/09/13

NOME

ANTONIO DA SILVA BARROS

ENDEREÇO

MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS

NATURALIDADE

JOÃO MENEZES BARROS

DATA DE NASCIMENTO

27/07/1973

DOC. POLÍCIA

UNIAO-PI

CERT. NASC.

1402 L 42 F 252

EXP. UNIAO-PI

08/05/14

496-923-01-1

LEI Nº 7.156 DE 29/09/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PI CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

6258825

POLEGIA DIRE 10

ASSINATURA DO TITULAR

Antonio da Silva Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116

CEP - 64.120-000 União - Piqui

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Valdir dos Santos Costa** deu entrada neste hospital no dia 10 de outubro de 2018, às 11h02min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido em ambulância.

União (PI), 08 de janeiro de 2019.



Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU.



HOSPITAL DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

SÃO PAULO,
SÃO JUDAS TADEU, UNIAO/PI - 64120-000
CNPJ: 18488308/0001-93
(86) 3265-1116

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P03727
Data: 10/10/2018
Funcionário: SOCORRO
SUS

Guia:
Hora: 11:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

14419-VALDIR DOS SANTOS COSTA

Nasc.: 15/05/1968 Idade: 50 ANOS
End.: LOC MORADA NOVA, B -
IBGE: 2211100 Cor: PARDA

Profissão: LAVRADOR
Bairro: ZN RURAL
Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA

CPF: 468.162.405-53 - RG: 3260548 - SUS: 7002019428;
Civil: CASADO(A) CEP: 64110-000
Cidade: UNIAO/PI
Pai: JOAQUIM MARQUES DA COSTA

Clínica: CLINICA MEDICA
Atividade:

Documento: 1613 - ALDO JOSE DE OLIVEIRA LEAL
Validade: 30/12/1899

Responsável: VALDIR DOS SANTOS COSTA - O MESMO
Autorização:

Procedimentos

- 303060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
- 301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

*Frotada ura E? Gt
Acidente de trânsito*

Prescrição Médica:

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 08/01/19
Autentic

*Milagres
12:00*

notações da Classificação de Risco

Hora: 11:32:03

prioridade:

- ☒ Vermelho - Emergência
- ☐ Laranja - Muito Urgente
- ☒ Amarelo - Urgente
- ☐ Verde - Pouco Urgente
- ☐ Azul - Não Urgente

exame, história: PACIENTE COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, DEVIDO ACIDENTE DE MOTO.

signais:

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg TAX: 0% FR: 0 mrpm SAT O2: 0 Dor: _____
FC: 0 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

observação:

conduta: ENC. AO CONS. MÉDICO

motivos da Alta
Alta

- ☐ Óbito
- ☐ Evasão
- ☐ Transferência

*Dayse Olívia Damasceno
Enfermeiro Responsável*
157448 - DAYSE OLÍVIA DAMASCENO FERREIRA
Enfermeiro Responsável
Hora: _____
Destino: _____



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

Confere com o original
foi apresentado e dou
Em. 12/03/19

Setor do Arquivo Técnico
Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105108193-2 Mat. 14405-9

NOME DO PACIENTE: Valdir dos Santos Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 208537

Obs: Não fornecemos 2ª via.

[Signature]
Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
RGPM 105108193-2 Mat. 14405-9
Chefe do Arquivo Técnico

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 139345
	AH: 2218101752834

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU	CNES 58211856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	CNES 2321451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
700201942810728	VALDIR DOS SANTOS COSTA	15/05/1988	M	218537
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	86094937712		MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA	VALDINAIRA OLIVEIRA COSTA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
				6939
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ALTO DA RESSURREICAO		TERESINA	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

"ACIDENTE DE MOTO" TRAUMA EM PUNHO (E). ESTADO GERAL BOM.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERENCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX PUNHO (E): FRATURA EM RÁDIO DISTAL.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METARISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLINICA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)			
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO	AGNELO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS CPF: 81940424372 CRM:	
URGENCIA	11/10/2018		
DATA ADMISSÃO	MOTIVO ALTA		
11/10/2018 14:55	17/10/2018 10:00	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

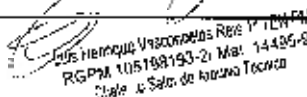
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER / AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM:	DATA ANALISE: 11/10/2018 15:25:34 CPF: CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:


 Henrique Vasconcelos Reis - PLM
 RGP 105108193-21 Mat: 14435-8
 Data: 16/10/2018

CORRETORA
 DE SEGUROS

03 MAR 2019

DPVAT

DATA ANALISE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

796889

Identificação do Paciente

5 - Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA

6 - Prontuário: 218537

7 - CNS: 700201942810728

8 - Nascimento: 15/05/1968

9 - Sexo: M

CPF: 468.162.405-53

11 - Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA

12 - Fone: 86-9.94551925 / 994932969

13 - Resp: VALDINAIRA OLIVEIRA COSTA

14 - Cor: PARDAS

15 - Ender: RUA ALTO PARAGUAI

19 - CEP: 64091-360

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 32605-48

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

trauma em punho @ de 26 dias.

fr + edema

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento Cirúrgico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx

PG CORRETORA
DE SEGUROS

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S525

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

13 MAR 2019

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

DPVAT

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Procedimento Solicitado

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACÇO

Tempo SUS 2

29 - Clínica: POSTO II

30 - Carator.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 1677869841

33 - Nome Profissional / Assistente LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação: 11/10/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

46 - Nome do Profissional Autorizador

Autorização

47 - Data Autorização: 05/11/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

1 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Ass. Henrique Vasconcelos Res 1º TEN PM
RPM 105198193-27 Med. 14/99
Chefe de Serviço de Apoio Técnico

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

11/10/2018

Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Pront.: 218537

Nasc.: 15/05/1968 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 796889

Enfermaria: POSTO II

ENF 213 LEITO

Leito: 213

Pai: JOAQUIM MARQUES DA COSTA

Mãe: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA

RG: 3260548

Residência:

RUA ALTO PARAGUAI

Nr.: 0

Cep: 64091360

Bairro: ALTO DA RESSURREICAO

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994551925

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Trauma em pulso (E) a 06 dias com
dor deformentada.

DIAGNÓSTICO

Provisório: Fratura fechada distal (E)

CID S825

Principal: O mesmo

CID

Procedimento: Fixação fratura fechada distal (E)

Sintomas e Sinais Principais

Dor + edema

Causa Médica

Trauma

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

Cirurgia

Operação

Fixação

fratura

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirurgico

Data/Hora de Internação
11/10/2018 14:50:48

DURAÇÃO

Data da Alta:

12/10/18

Data da Hospitalização

11/10/18

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☒ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE 16/10/18

Assinatura:

Luiz Henrique Pinheiro dos Reis
RGPM 105198193-21-11-18
Chefe do Setor de Nível Técnico

A

11/10/18
1501-1124



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - Y

Rua Dr. Otto Tito 1600 Rondonópolis - Fone: 36 3210 3445

TERESINA-PI CEP: 64017-750 CPG: 05.512.917/0029-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 16915 - Em: 11/10/1998

Internação:	Produção:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Medico Prescritor:
000734	4/10/98	VALDIR DOS SANTOS COSTA	10/01/1968	ECG 1	ARMAR 3 PGI	LEITO	Dr. Nasc.

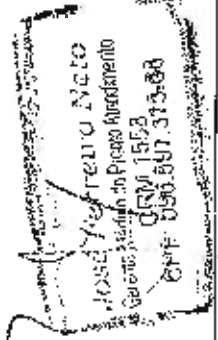
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:	
8h	Dr. Nasc. 10/01/98	504			

Seq.:	Descrição-apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dia:	ORAL Tipo DM.								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (Mao)	1,00	Frasco	IV	12/12h				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				
3	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	8/8h				
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
5	TRAVADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h				
6	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25ML INJ. SC AMP 0,25ML	1,00	Ampola	Subcut	12/12h				
7	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML, INJ C/ 10ML.	1,00	Frasco	Subcut	6/6h				
8	CAPTOPRIL 25MG	2,00	Comprim	Oral	24/24h				

Observações Gerais:

CONTROLE GLICÊMICO DE 12, 18 E 24

12 18 24 06





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Luiz Vitor dos Santos IDADE: 30 SEXO M () F () DATA: 15/10/18

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coop. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Medie () 18. DUAP () 19. Dça Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coag. () 22. Outros ()

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: MV: FTV:
Ruidos Adversos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA: 120 x 80 mmHg Pulsos: 90 FC: 70
Inspeção e palpação: Ausculta RC: Bulhas:
d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

- | | |
|---|--|
| 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m | 5 Edema pulmonar no passado |
| 5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m | 20 Estenose aórtica crítica |
| 10 Angina classe III (CCS*), limitação importante às atividades físicas diárias | 5 ECG recente c/ ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial |
| 20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso | 5 Estado geral precário |
| 10 Angina instável nos últimos 6m | 5 Idade > 70 anos |
| 10 Edema pulmonar na última semana | 10 Cirurgia de emergência |
- * CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da atlv. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física
CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

ASA I - Índice saudável
ASA II - Índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - Índice com dça. sistêmica grave/lim. de atlv./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia
CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX. FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose Imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO/ TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt).....5%.....2%
GRUPO III (13-25pt).....11%.....2%
GRUPO IV (+12 pt).....22%.....56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Pla. 40/12/300
2. Leuco/Bt/Sog: 12000/10/1
3. Glicose: 100
4. Ur/Cr: 13/0.6
5. TS/TC: 11
6. TGO/TGP:
7. Trofo/CKmb:
8. ECG:
9. Urina-I:
10. ECO 2D:
11. U.Som:
12. RX Tórax:
13. TC/RNM:

Dr. Francisco José Lima
CARDIOLOGISTA - CLÍNICO GERAL
CRM-PI 2101

Av. Henrique Vitorino Reis 1º TEN PM
RPM 105198193-21 Mat. 14495-9
Cidade - São João do Angico - Piauí



DATA: 36 / 30 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO 630581 SALA 0
CÓD DA CIRURGIA:

NAME: Vader dos Santos Costa Idade: 50 Sexo: M ASA:
 PROCEDIMENTO: Tratamento de Raio Dental (E) Apt/Enf a Leito: 213-07
 CIRURGIÃO: Aguiar AUX: ANEST: Jonh ANESTESIA: Bisoprolol
 INSTR.: Wilson CIRC.: Wilson INICIO: 33 20 FIM: SALA: 07
 P.A. P.Q. PESC: 3 Hto Glicemia Creatina Result:

AGENTE CAUSADOR	OXIGÊNIO												SEQUÊNCIA
	1	2											
RESPONSA EXTERNA													
MONITORIZAÇÃO	SoO ² (%)	98 98 98 98											X - Monitorização venozas (venozas) Gr610x; 1PNI ① Hidro 3 rx (20ml) Bop: 0,3417 (20ml) a. 200000, ② Hidro 5 rx (Cefazolin 2g); X: final da curatização
	E.C.G.												
	EtCO ₂ (mmHg)												
	#												
	100												
210													
220													
230													
240													
250													
260													
270													
280													
290													
300													
310													
320													
330													
340													
350													
360													
370													
380													
390													
400													
410													
420													
430													
440													
450													
460													
470													
480													
490													
500													
510													
520													
530													
540													
550													
560													
570													
580													
590													
600													
610													
620													
630													
640													
650													
660													
670													
680													
690													
700													
710													
720													
730													
740													
750													
760													
770													
780													
790													
800													
810													
820													
830													
840													
850													
860													
870													
880													
890													
900													
910													
920													
930													
940													
950													
960													
970													
980													
990													
1000													
DIURESE (ml)													
DURAÇÃO													

Técnicas Anticristianas:

Comentarios Adicionales

Block plexa brachial via INE / via axilar

ACHTORRAÇÃO	☐ ECG	☐ Oxim. atral	☐
	☐ PAM	☐ Capn. ôgrefa	☐
	☐ PAVI	☐ PVC	☐

Questão	Aluno	Nota	Fim	Tempo
Questão 1				
Q. 2				
Q. 3				

Medicamentos utilizados:

Adrenalina	_____	Amp
Água cast. 0101	_____	Amp
Atropina	_____	Amp
Uxina	_____	Amp
Bromoprida	_____	Amp
Caiozalina 1g	_____	Fr
Cefatolina	_____	Fr
Ciprofloxacina	_____	Fr
Clonidin	_____	Amp
Colirio ()	_____	Fl
Dexametazona	_____	Amp
Diazepam	_____	Amp
Dilort	_____	Amp
Dipirona	_____	Amp

Delatona	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Efovil	_____	Amp
Efedrina	_____	Amp
Enbuprop	_____	ml
Fentanil	_____	ml
Fentanil (S/C)	_____	Amp
Helotano	_____	ml
Hydrocortisona	_____	ml
Isotilazina	_____	ml
Jeico n°	_____	Und
Lidocaina	_____ N V	Fr
Mefenclorpromida	_____	Amp
Morphol	_____	Fr

Midazolam	_____Fr
Metronidazol	_____Fr
Necolain Psa 0,5%	_____Amp
Narcan	_____Atip
Novabapi 0,5%	_____Fr
Nubain	_____Aamp
Nasocina _____%	_____V Fr
Necolain 0,5% isobn	_____Amp
Neostigmina	_____Amp
Diazepazol	_____Fr
Ondesetrona	_____Amp
Poliso Cel	_____Fr
Pancurônio	_____Amp
Profenid	_____Fr

Propetol	ml	Amp
Ranitidina		Amp
Quelclon		Amp
Quoniamin	ml	
Ramifenlanil		fr
Ringer-lactade		Fr
S. Fusiotég, 0.9 %	inf	Fr
S. Glucoade 5 %	ml	Fr
Scalp n°		Und
Tracur		Emp
Tilatil		Fr
Tiopental		Fr

Analgesia, CRN

Joseph Herbert de Oliveira Rocha
ANESTESIOLOGISTA
CRM 91 4306

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: HPM
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ()

139309

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Valderlei Lopes Costa
IDADE: 50 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: De Vences - Tr - 10
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

1. 40 anos de idade,
Trabalha em fábrica (F)
K.6 Bm

EXAMES REALIZADOS:

Exame físico (F) - fígado na região
distal

DIAGNÓSTICO:

Obstrução (F) / 152.5
Queto 20/04

TRATAMENTO REALIZADO:

Exame físico

Dr. Henrique Vasconcelos Reis 19/08/2014
RGPM 106/98193-2/1411 14/08/14
Endereço: Rua da Aurora Tereza

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

MR -> HPM

Neto



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 26 / 10 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO: 63.0584 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente em Dlt
- ② Anestesia RA SE / Campo Estéril
- ③ Redução + fixação fratura radio ulna (E)
com 02 fios K (2,0 mm)
- ④ Controle Encefalo OK.
- ⑤ Urterino / Perfuro OK RA SE.
Tudo concluído / Fim.

Cirurgia:

Redução + fixação fratura radio ulna (E)

Cirurgião:

A. Aguiar Medeiros

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Kelson

Circulante:

Mariano

Los Henrique Vasconcelos Res 1º TEN PM
RGPM 105198193-21 Mai 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 123409
PACIENTE: VALDIR DOS SANTOS COSTA
NOME DA MÃE: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA
DATA DO NASCIMENTO: 15/05/1968
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 11/10/2018
DATA DO LAUDO: 18/10/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura oblíqua localizada na metaepífise distal do rádio, com extensão articular, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua localizada na metaepífise distal do rádio, com extensão articular, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

CO CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

[Assinatura]
Luis Henrique Vasconcelos Res. 11 TEN PM
RGPM: 105198193-21 Mar. 14495-9
Cidade: 2 Setor do Arquivo Técnico

[Assinatura]
Dra. L. Aguiar
Medicina
CRM-M-11779

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

Telefone: (86) 3227-6265

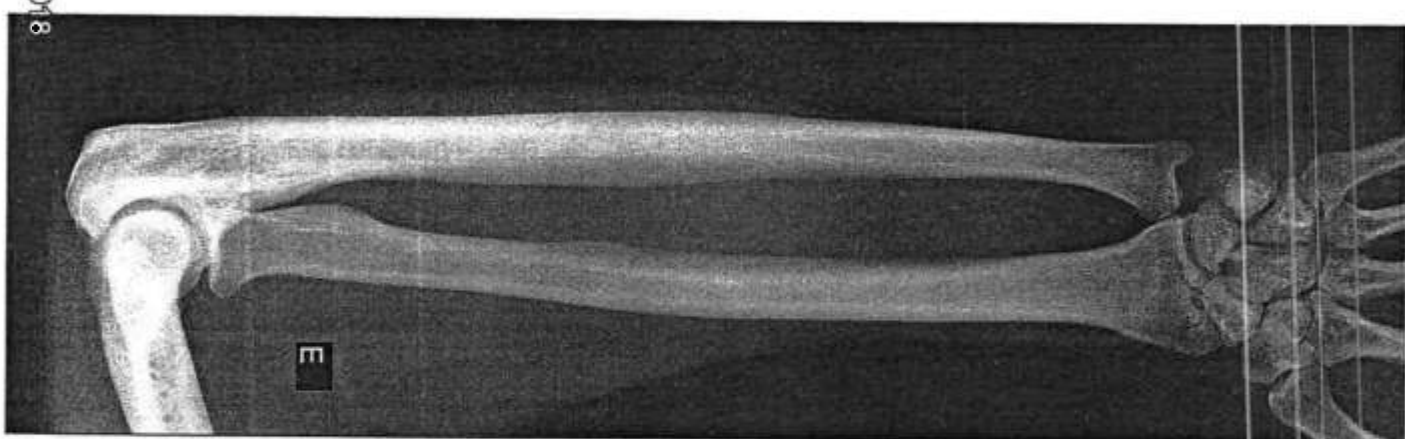
ID: 122409

Paciente: VALDIR DOS SANTOS COSTA

Idade: 0507

Sexo: M

HPM



[Handwritten Signature]
Luis Henrique Vazconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-21 Matr. 1.449.5-9
Chefe do Setor de Apoio Técnico

Horar: 09:45
Exame: 12/10/2018



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 123853

NOME.....: VALDIR DOS SANTOS COSTA

MÉDICO SOLIC: AGNELO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS

DATA LAUDO...: 25/10/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 17/10/2018

IDADE: 50 anos

CRM: 3244-PI

CÓDIGO: 39656

RX PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura na extremidade distal do rádio comprometendo a superfície articular, fixada com fios metálicos.

- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

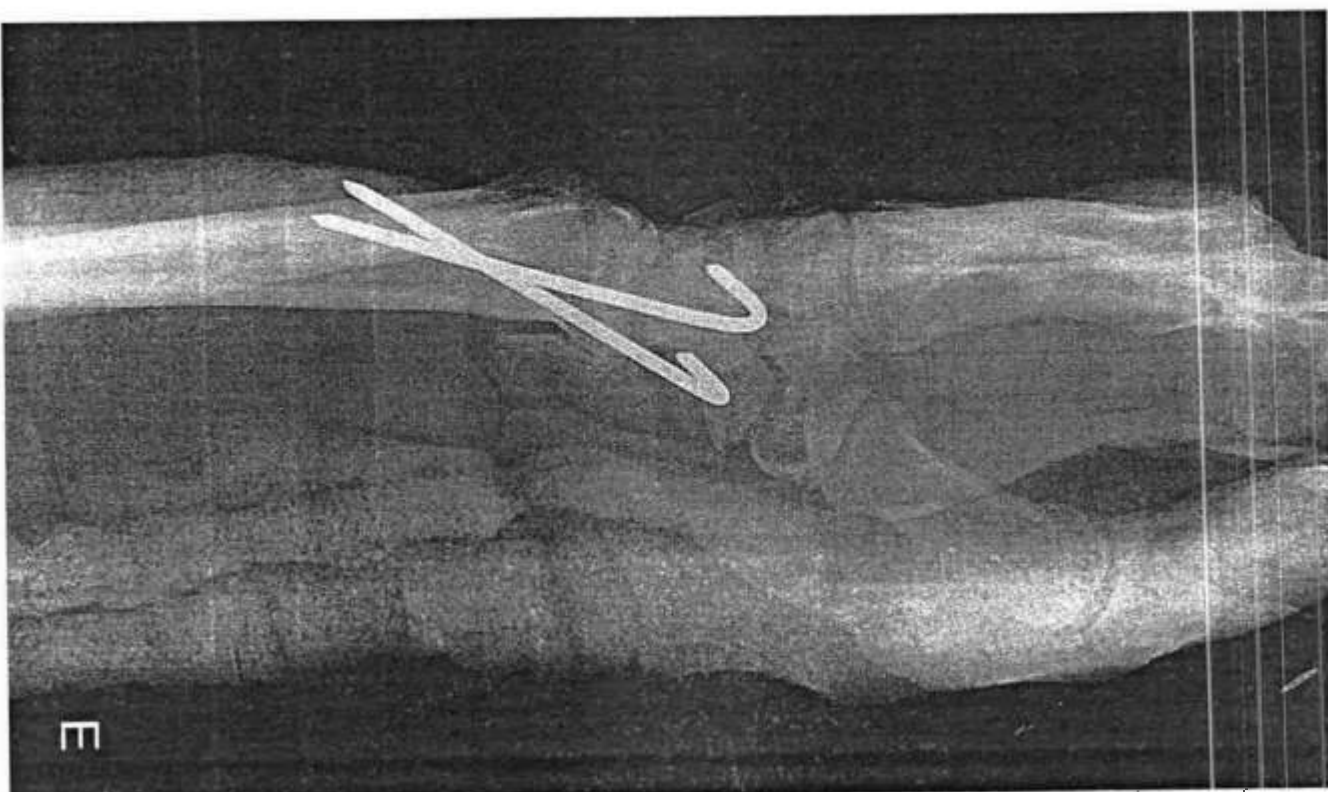
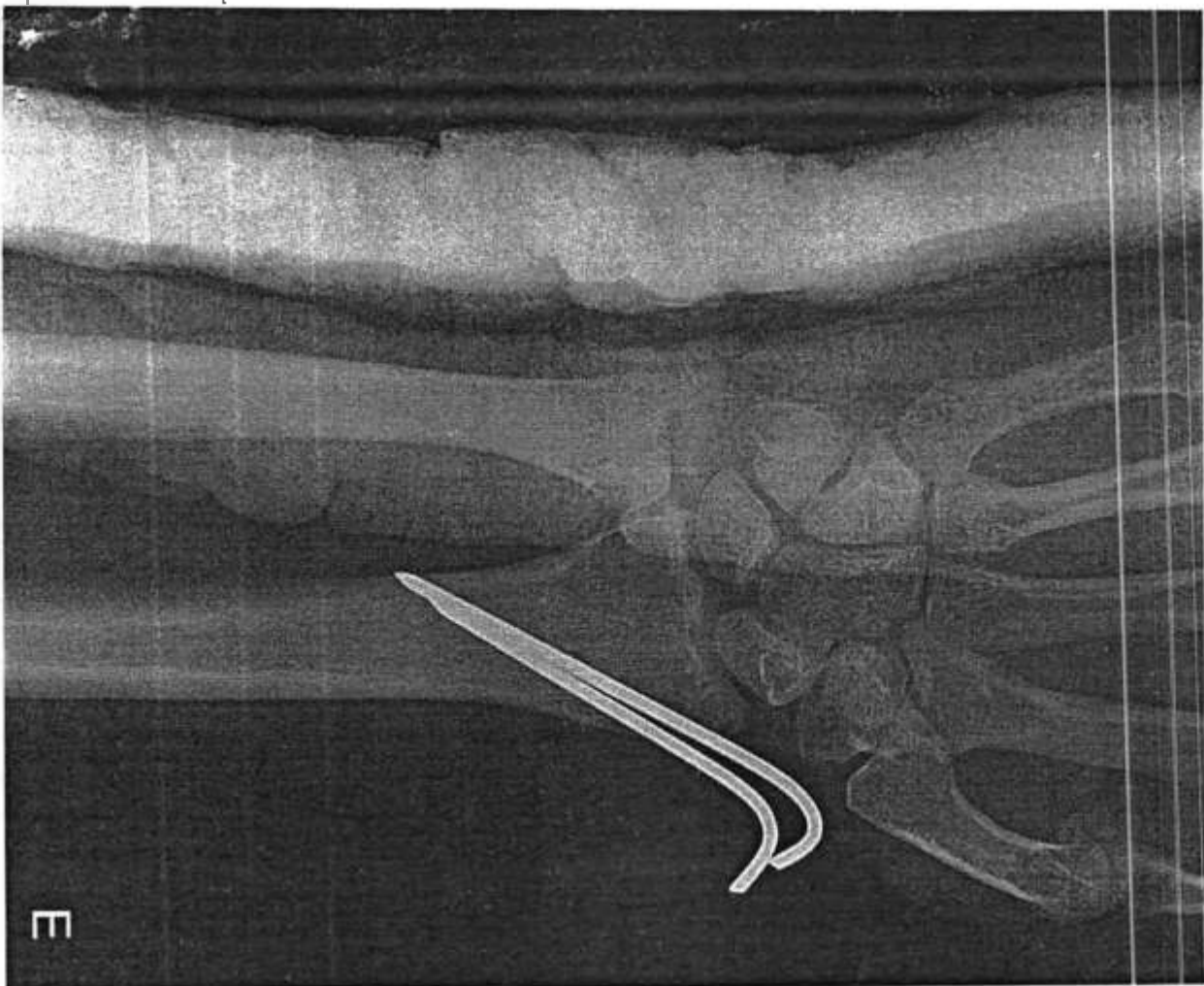
Av. Hgno Cunha, 3842 - 1º andar - Teresina/PI
CNPJ 07.444.159/000225

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-21 Ma. 14495-9
Chefe do Setor de Apoio Técnico

ID: 123353
Paciente: VALDIR DOS SANTOS COSTA
Idade: 050Y
Sexo: M

HPM



Horas: 03:03
Exames: 17/10/2018



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 123464
PACIENTE: VALDIR DOS SANTOS COSTA
NOME DA MÃE: MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA
DATA DO NASCIMENTO: 15/05/1968
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 13/10/2018
DATA DO LAUDO: 17/10/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea conservada.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações.

*Se indicação clínica, prosseguir investigação diagnóstica.

Examinado em 13/10/2018
13h 13-21 Min 14095-9
Selo do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOU

Nº: 122434
 Paciente: WALDIR DOS SANTOS COSTA
 Idade: 050Y
 Sexo: M
 Serviço: RM

HPM



D
 AXIAL

[Handwritten signature]
 José Henrique Viceducos Reis 1º TEN PM
 RGPM 105198793-2/ Mat. 14495-E
 Cível do Setor de Arquivo Técnico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Valdir dos Santos Costa

1171261

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.260.548 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/06/18

NOME VALDIR DOS SANTOS COSTA

FILIAÇÃO MARIA DO CARMO DOS SANTOS COSTA
JOAQUIM MARQUES DA COSTA

NATURALIDADE UNIAO-PI DATA DE NASCIMENTO 15/05/1968

DOC. ORDEM CERT. CASAM - 4697/L 52-F 48/V
EXP. UNIAO-PI 22/02/07

CPF 468.162.405-53

1171261

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, EVERALDO MIRANDA DE SOUSA

RG nº 928.756, data de expedição 03/11/98

Órgão SSP-PIAUÍ, portador do CPF nº 353.941.023-68

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA AMARANTE, nº 3851

complemento B-REAL COPAGRE, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VALDIR DOS SANTOS COSTA, cujo o condutor era

VALDIR DOS SANTOS COSTA

Veículo: YAMAHA FACTOR Modelo: 2012 Ano: 2012

Placa: OEC-2373 Chassi: 9C6KE1520C0109023

Data do Acidente: 10/10/12

Corretora
DE SEGUROS

13 MAR 2019

5º Ofício

Local e Data: União-Pi, de 2018 DPVAT

Everaldo Miranda de Sousa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-Pi - (86) 3221-6665
Maria Luiza Moreira Tujjo Melo
Tatiana Ladeira

CARTÓRIO
D'ALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabela
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-Pi - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVERALDO MIRANDA DE SOUSA DA VERDADE.
TERESINA-PI, 12/02/2019. Emol.: 3,85 Tj: 0,77 PMP: 0,10 Selo: 0,26
Abal: 4,98 Selo: 4,98 (F490P86)

FLAVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA

RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABR 36272

**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 9h 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 Ouvridora:** 0800 022 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 SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

ANTÔNIO DA SILVA BARROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

VALDIR DOS SANTOS COSTA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 468.162.405 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima VALDIR DOS SANTOS COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 468.162.405 / 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:

RUA CAMINDE

Número:

2088

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

UNIÃO

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64.120.000

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

UNIÃO-PI, 11 de março de 2019

Antônio da Silva Barros
Assinatura do Declarante

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT