



Número: **0801318-12.2019.8.18.0076**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de União**

Última distribuição : **31/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDIR DOS SANTOS COSTA (AUTOR)		EMILENE PAZ OLIVEIRA (ADVOGADO) SERGIO LUIZ OLIVEIRA LOBAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11184 607	06/08/2020 12:13	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/001-01 Fone: 3132.1383-5
Rua Rival/Caixa de Energia 50114 - São José
Rajada Especial de Iluminação pública para 51132 novas

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEQ. CODIG

1582713-5

Nº da Nota Fiscal 016596860

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 12.438 de 26 de abril de 2012.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - TSEE
JANEIRO/2019 24/01/2019 109 108,29

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

DADOS DA LEITURA		LEITURAS DA LEITURA	
Atual:	2649	Atual:	17/01/2019
Anterior:	2540	Anterior:	19/12/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Anterior:	18/02/2019
Consumo Medido:	109	Próxima Leitura:	16/01/2019
Consumo Faturado:	109	Emissão:	17/01/2019
	FCAM	Anterior:	29

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA		Código Fk		Página 14 de 14	
Consumo Faturado	MONO	Número Medidor	1.1.1.1	91	
RESIDENCIAL		A1853934			

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS		CONSUMO		VALOR DO PAGAMENTO	
DEZ/18	113	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	91,01		
NOV/18	113	CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	2,81		
OUT/18	138	MULTA POR ATRASO	3,02		
SET/18	115	JUROS POR ATRASO	1,53		
AGO/18	75		2,88		
JUL/18	45				
JUN/18	96				
MAI/18	79				
ABR/18	97				
MAR/18	79				
TARIFAS DE TRIBUTOS:					
S K 09 - 0,622500					

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

RESERVAÇÃO NO FISCO		COMPOSIÇÃO DO VALOR		VALOR DO PAGAMENTO	
Composição do Valor	37,81	Base do Cálculo	22,00%		
Distribuição	6,41	Alíquota ICMS	20,69		
Energia	4,04	Valor do ICMS	0,95		
Encargos	26,07	Valor do PIS	4,43		
Tributos		Valor do COFINS			

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: 64.040-740/001-01 Fone: 3132.1383-5

SEQ. CODIG

1582713-5

TOTAL A PAGAR - R\$

108,29

MÊS FATURADO

01/2019

VENCIMENTO

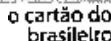
24/01/2019

016596860

FCAM

Nº da Nota Fiscal: 6 71359119018 4





CENTRO
64120-000 - UNIAO - PI



13 MAR 2019

DPVAT

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



PARA USO DOS COABEIOS

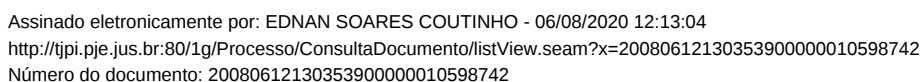
Reintegrado ao serviço p/ está em _____

Responsável: _____

☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido

☐ Ausente ☐ Desconhecido ☐ Não encontrado

☐ Não existe e número indicativo





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

848 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 175692.000001/2019-75

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 26/03/2019 09:18 - SisBO@2011-2019 AT1

Página 2/2



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 CPF da vítima: 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: LE. MORADA NOVA Número: 5711 Complemento: ---

Bairro: R - RURAL Cidade: LOCCA - ALÉGRE 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).

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar 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: 27315 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 (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, 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 discordo 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: ---

Grão de Parentesco com a vítima: --- Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ---

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: --- Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital de vítima ou beneficiário não atendida.

Local e Data: LOCCA - PI, 11 de março de 2019

Nome: --- CPF: ---

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Valdir dos Santos Costa

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: --- CPF: ---

2ª | Nome: --- CPF: ---

Assinatura: --- Assinatura: ---

Assinatura: --- Assinatura: ---

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SUI 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.

FPS-001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE SALDO
12:59:46
000474185
00047418
23/01/2019
CONVENIO:
OPERADOR:
AGENCIA: 0009 - CONSELHEIRO SARAIVA
CONTA 013 00027315-6
VALDIR DOS SANTOS COSTA
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR: 04/05/
VALOR
0,04
DATA
09/01





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

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

CEP - 64.110.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.482.308/0001-93

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 LUDAS 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: 11:02:03
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

14419-VALDIR DOS SANTOS COSTA

Nasc.: 15/05/1968 Idade: 50 ANOS
End.: LOC MORADA NOVA, 0 -
IBGE: 2211100 Cor: PARDA

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

CPF: 468.162.405-53 - RG: 3260646 - SUS: 7002019428
Civil: CASADO(A) CEP: 64120-000
Cidade: UNIAO/PI
Pat: JOAQUIM MARQUES CA COSTA

Unidade: CLINICA MEDICA
Atividade:

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

Responsável: 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:

Diagnóstico provável:

Pre-Atendimento Médico:

Frotada de urina E? Pje
Acidente com moto

13 MAR 2019
CORRETORA
DE SEGUROS

Volta para casa

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 09/11/19

M

12:00

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 11:32:03

Prioridade:

☐ Vermelha - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarela - 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 O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. AO CONS. MEDICO

Modo da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Desenho:

157448 - DAYSE OLIVIA DAMASCENO FERREIRA -
Enfermeiro Responsável

Hora:





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (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	468.162.405-53	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:
MOTORISTA	LC. MOREIRA NOVA	514
Bairro:	Cidade:	Estado:
B-RURAL	LAGOA-ALEGRE	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	
	64-138000	
		(Inserir DDD)
		(86) 99576-4717

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$2.000,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.000,00 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

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 pais vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 175692.000001/2019-75

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LAGOA ALEGRE

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA ALEGRE

Endereço

LOCALIDADE LAGOA SECA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Data/Hora

10/10/2018 - 08:40

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PROXIMO AO COLEGIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA

RG: 3.260.548 SSPI 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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

J CORRETORA
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:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA.	YBR125K	2012	0EC2373	9C6KE1520C0109023	00480936064	Preta

Condutor: VALDIR DOS SANTOS COSTA
RG: 3.260.548 Órgão: SSPI 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

Richard 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 468.162.405-53 CPF da vítima: VALDIR DOS SANTOS COSTA
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
Profissão: L.C. MORADA NOVA Número: 3/11 Complemento: 64-138.000
Bairro: R - RURAL Cidade: LOCCA - ALEGRE Estado: PIAUI 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).

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

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

☒ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 27315
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos):
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 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 discordo 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 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 vivo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor pago, por parte da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não atendida.
Local e Data: LIMA - 02.11.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SUI 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.

FPS.001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE SALDO
12:59:46
000474185
00047418
23/01/2019
CONVENIO:
OPERADOR:
AGENCIA: 0009 - CONSELHEIRO SARAIVA
CONTA 013 00027315-6
VALDIR DOS SANTOS COSTA
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/
VALOR
0,04
DATA
09/01





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

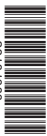
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01535/01536 - carta_03 - INVALIDEZ

00070768



Carta nº 14060660





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 14063165

Pag. 00581/00582 - carta_01 - INVALIDEZ



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: L.C. MOREIRA NOVA Nº 5116
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: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: _____
Endereço: RUA CAMINDE Nº 2088
Bairro: CENTRO Cep: 64.120.000 Cidade/UF: UNIAO PI
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: (X) Invalidez Permanente () DAMS () Morte

J CORRETORA
DE SEGUROS

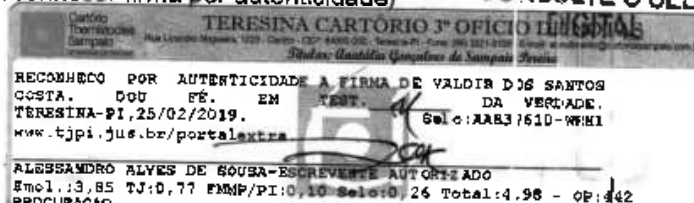
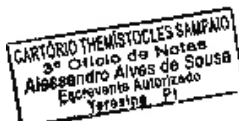
13 MAR 2019

União-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



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO DA SILVA BARROS

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



13 MAR 2019



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.

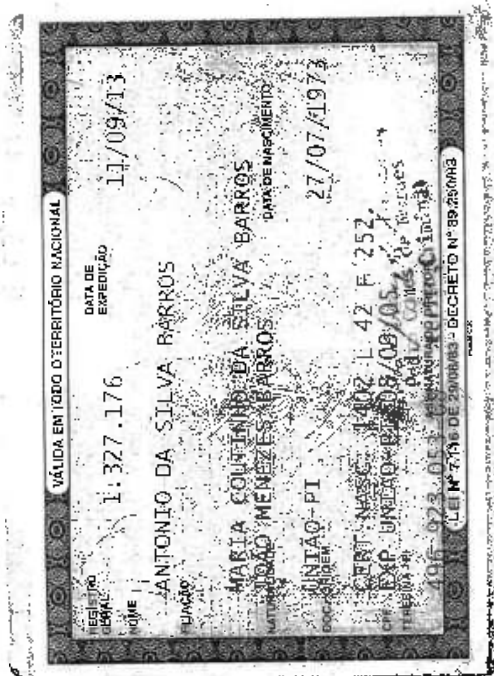
Documentos complementares:

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

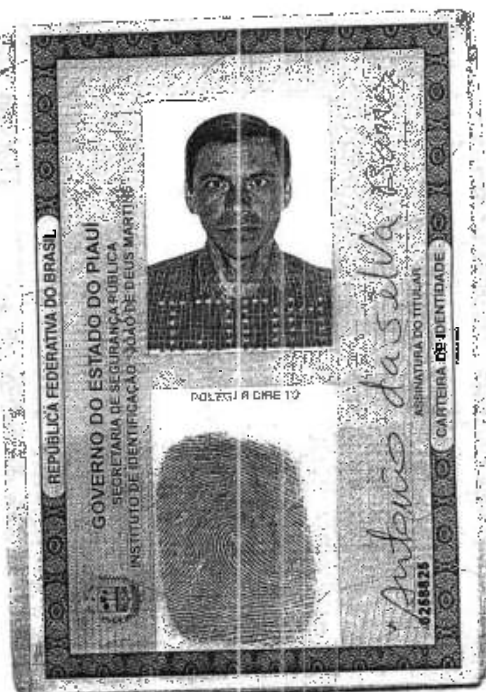




DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:13:04

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612130353900000010598742>

Número do documento: 20080612130353900000010598742



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3765-1116

CEP - 64.120.000 União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

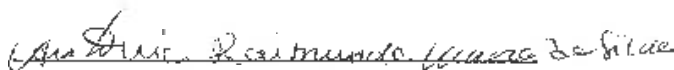
Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Valdir dos Santos Costa** deu entrada neste hospital no dia 10 de outubro de 2018, às 11h02min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido em ambulância.

União (PI), 08 de janeiro de 2019.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT



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 -
RG: 2211100 Cor: PARDA

Profissão: LAVRADOR
Bairro: ZIN 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

Clinica: CLINICA MEDICA
Matrícula:

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

Responsável: VALDIR DOS SANTOS COSTA - O MESMO
Autorização:

Procedimentos

30306061 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:

Pre-ção Médica:

*Frotado ura E? que
Acidente de trânsito*

13 MAR 2019
CORRETORA
DE SEGUROS

Volta para casa

CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 08/11/19
AUT: JMC

M

1200

notações da Classificação de Risco

Hora: 11:32:00

rioridade:

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

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

ergias:

Medicação Usual:

0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

servação:

ndut: ENC. AD CONS. MÉDICO

dos da Alta

Alta

☐ ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Desido:

157448 - DAYSE OLÍVIA DAMASCENO FERREIRA
Enfermeiro Responsável

Hora:





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
for apresentado(s) e dou
Em, 12/03/19

Setor do Arquivo Técnico

Luis Henrique Teófilo Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RGPM 105108193-2 Mat. 14495-9
RG: 105108193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Valdir dos Santos Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 218537

Obs: Não fornecemos 2ª via.

[Signature]
Luis Henrique Teófilo Reis 1º TEN. PM
RGPM 105108193-2 Mat. 14495-9
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
	AIH: 2218101752834

IDENTIFICAÇÃO DO ABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUS	CNES 5821836
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	15/05/1968	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 RADIO DISTAL.

INFORMACOES 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
URGENCIA	11/10/2018
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
11/10/2018 14:55	17/10/2018 10:00
MOTIVO ALTA	
MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNP/ 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: 00623442300 CRM: 132534	11/10/2018

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:13:04
RGPM 106198193-20 Mat. 14495-9
Estado de São Paulo de Medicina Técnica





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

Nome: VALDIR DOS SANTOS COSTA

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: 3280548

Residência:

RUA ALTO PARAGUAI

Nr.: 0

Cep: 64091360

Bairro: ALTO DA RESSURREICAO

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994551925

11/10/2018

Pront.: 218 537

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

Trauma em pulso @ 06 dias com
dor defuridade.

DIAGNÓSTICO

Provisório: Fratura radio distal @

CID S825

Principal: O mesmo

CID

Procedimento: Fratura radio distal @

Sintomas e Sinais Principais

Dor + edema

Causa Médica

Trauma

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirurgico

Terapeutica Médica

Cirurgia

Operação

Fixação
placa

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

Salda

- ☐ 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:

10/10/2018 14:50:48
RPM 106188193-2018
Diretor de Saúde do Anjo Teodoro

Assinatura

Assinatura





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - UT

Rua Dr. Oreste Tito 1800 - Redenção - Fone: 366 3219 3445

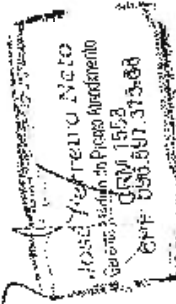
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CAGE: 33.512.917/0027-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 16815 - Em: 12/10/20

Interação:	Procedimento:	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinica:	Enfermagem:	Leito:	Medico:		
02/734	41101	VALDIR DOS SANTOS COSTA	10/05/1968	ECOTO	ARMAR 3 PDI	LEITO	Dr. Nasc.		
Evolução:		Alergias:							
Hora:		Diagnóstico/Comorbidades:							
8h		506							
17. Novembro / 04									
Seq.:	Descrição- Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	CRAL Tipo DM, Visto Nutricional								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (plano)	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				
3	RANITIDINA 25MG/XL, INJ. C/2ML, AD	1,00	Ampola	EV	8/8h				
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ. S/K	1,00	Ampola	EV	12/12h				
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL S/K	1,00	Ampola	EV	9/9h				
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				
SE PAS >= 140 /PAU >= 90									

Observações Gerais: 12 18 24 06

33 10 06



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:13:04

213-01



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: 1. ADILSON DOS SANTOS IDADE: 50 SEXO: M (☐ F) DATA: 15/10/18

2. CIRURGIA PROPOSTA: Transcatheter

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 Med. (☐) 18. DUAP (☐) 19. Dça. Renal (☐) 20. Anemia (☐) 21.
Dist. Coag. (☐) 22. Outros (☐): Doença cardíaca

COMENTÁRIOS: Doença cardíaca

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

a) ESTADO GERAL: 1. BOM (☐) 2. Regular (☐) 3. Precário (☐) 4. Dispneico (☐) 5. Ictérico (☐) 6. Cianótico (☐)
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: boa MV: normal FTV: normal
Ruidos Adversos: SIM (☐) NÃO (☐)
c) Aparelho circulatório: PA: 120 X 80 mmHg Pulsos: 120 FC: 70
Inspeção e palpação: normal Ausculta RC: R2 Bulhas: normal
d) Abdomen-Pelve: normal

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
- < 15 pts: Baixo risco de complicações
> 15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO: Alto risco

b) 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 ativ. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

ASA I - Indíce saudável
ASA II - Indíce com dça. sistêmica discreta
ASA III - Indíce com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./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) Gelo 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: 10.000
3. Glicose: 105
4. Ur/Cr: 23/0.9
5. TS/TC: 1.1
6. TGO/TGP:
7. Tropon/Tnmb:
8. ECG: normal
9. Urina-I:
10. ECO 2D:
11. U.Son:
12. RX Tórax:
13. TC/RNM:

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

Outs Henrique Vilela dos Reis 1º TEN PM
RPM 105/198193-21 Mai 14495-9
Cidade - São João do Piauí

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí
HPM/P



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/10/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 63031 SALA: 02
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Vitor dos Santos Costa Idade: 50 Sexo: M ASA:
PROCEDIMENTO: Tratamento de Rocio Dental Apt/Enf e Leito: 213-01
CIRURGIÃO: Agnelo AUX: João ANESTESIA: Bisagui
INSTR.: Nelson CIRC.: Marcos INICHO: 13:20 FIA: SALA 02
P.A. FG PESC: 3 Hto Glicemia: Creatin: Respir:

OXIGENIO	SEQUÊNCIA
1	
2	

MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO
800(%) E.C.G. EtCO₂ (mmHg) # 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0	X - Monitorização vital (respi) ETCO₂: 30mmHg O₂ 3L (20ml) Bipn 3.347 (20ml) a. 200000, 2) M2 5mg (Fentanyl 2mg) X: final da anestesia INICHO FIN DURAÇÃO

Técnicas Anestésicas: 2
Comentários Adicionais: Blq. plexo braquial via INE via axilar

MONITORIZAÇÃO	ECG	Oximetro
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Medicamentos utilizados			
Adrenalina _____ Amp	Delatona _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 0.9% _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Eforil _____ Amp	Neocaina Psa 0.5% _____ Amp	Quelclon _____ Amp
Bexira _____ Amp	Efedrin _____ Amp	Narcan _____ Amp	Quetanil _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Enbuprop _____ ml	Novabupri 0.5% _____ Fr	Remifenil _____ Fr
Cefazolin 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-lactado _____ Fr
Cefazolin _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina 2% _____ V _____ Fr	S. Fisiotog. 0.9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacin _____ Fr	Helotano _____ ml	Neocaina 0.5% isobut _____ Amp	S. Glicolato 5% _____ ml _____ Fr
Clenbut _____ Amp	Hydrocortisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Solup n° _____ Und
Colite () _____ Fr	Isotuzano _____ ml	Diazepam _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco n° _____ Und	Ondesetona _____ Amp	Tilatil _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocaina _____ V _____ Fr	Poliso Cel _____ Fr	Tiopental _____ Fr
Difenidol _____ Amp	Metoclopramida _____ Amp	Pancuronio _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Mantol _____ Fr	Profenid _____ Fr	

Anestesista-CRM

João Herivelto de Oliveira Rocha
ANESTESIOLOGISTA
CRM: PI 4306





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



10-47010

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

139909

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Valdeir dos Santos Costa
IDADE: 50 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: Ilha da Maré - Teresina - PI
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

1. Acidente de trânsito,
Trauma no tórax (X)
e. e. Rm

EXAMES REALIZADOS:

Exame físico (X) - fratura na região
do tórax

DIAGNÓSTICO:

Cost. fr. (X) / ISS. R
Cirurgia de urgência

TRATAMENTO REALIZADO:

Exame físico

Dr. Henrique Vasconcelos Reis 18728 PM
RGPM 105 98183-21 Mat. 11495-8
Cirurgião de Acidente

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

NR -> HUT





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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 16/10/18
Nº DO PRONTUÁRIO: 630584 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Paciente em DPH
- ② Anestesia RSE / Campo Estéril
- ③ Redução + fixação fratura rádio ulna (E)
com 02 fios K (2,0 mm)
- ④ Controle Encefalo OK.
- ⑤ Urteral / Perfuro OK RSE
Tudo fechado / Final.

[Handwritten signature]

Cirurgia:

Redução + Fixação fratura rádio ulna (E)

Cirurgião:

R. Aguiar Medeiros

1º Auxiliar:

[Handwritten signature]

2º Auxiliar:

[Handwritten signature]

3º Auxiliar:

Luc Henrique Vasconcelos Res 1º TEN PM
RGPM 105198199-2/ Mst 144059
Chefe do Setor de Anestesia

Instrumentador:

Kelson

Circulante:

Mauricio





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: 15/05/1988
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.

COOPERADORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Luis Henrique Vazquez Reis 1ª TEN PM
RGPM 105198193-21 Mar 14495-9
Cidade 20 Seis do Arquivo Técnico

Dr. L. Aguiar
Médico
CRM-PI 1177

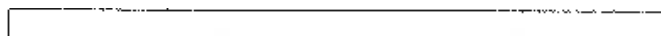
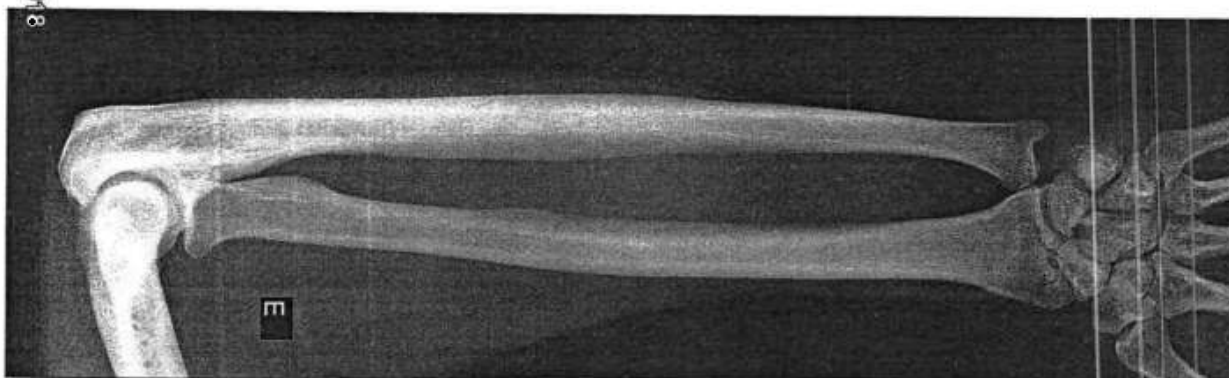
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417

Telefone: (86) 3227-6265



ID: 123109
Paciente: VALDIR DOS SANTOS COSTA
Idade: 0507
Sexo: M

HPM



[Handwritten signature]
Luis Henrique V. Macedo Pires 1º TEN. PM
RGPM 105198193-21 Matr. 14.0915-9
Chefe do Setor de Análise Técnica



"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

DATA REALIZ: 17/10/2018
IDADE: 50 anos
CRM: 3244-PI
CÓDIGO: 39656

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.

Controle ortopédico.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Hgno Cunha, 3842 - Itaipua - Teresopolis
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

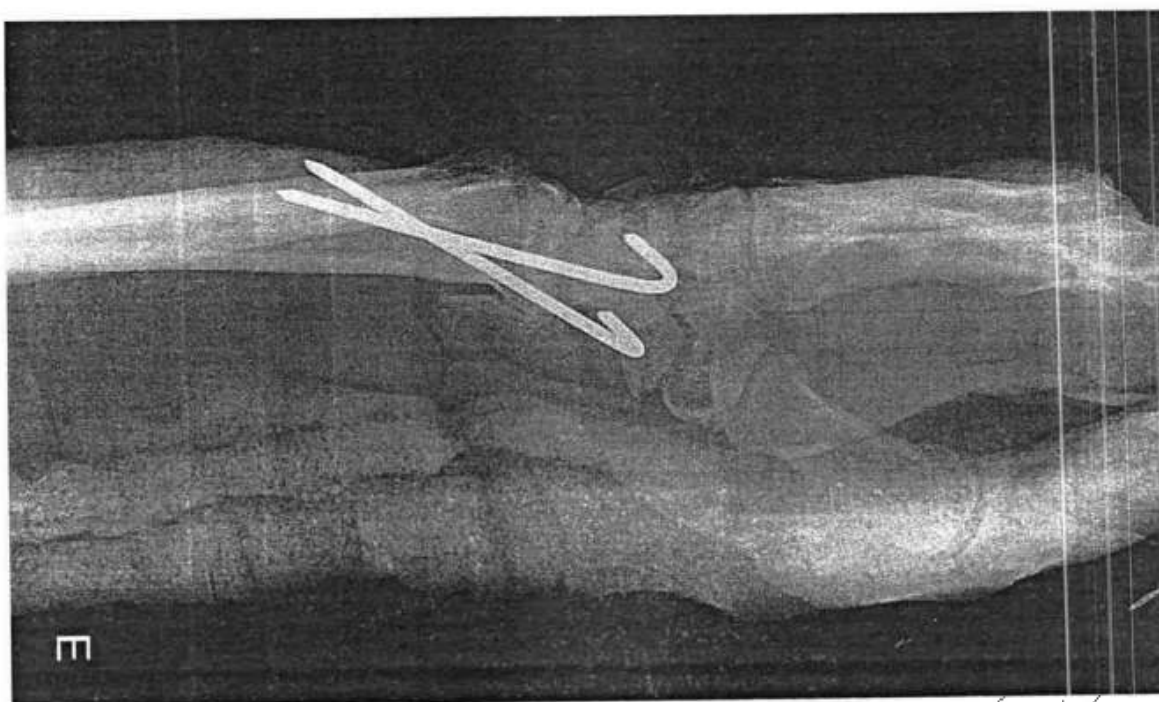
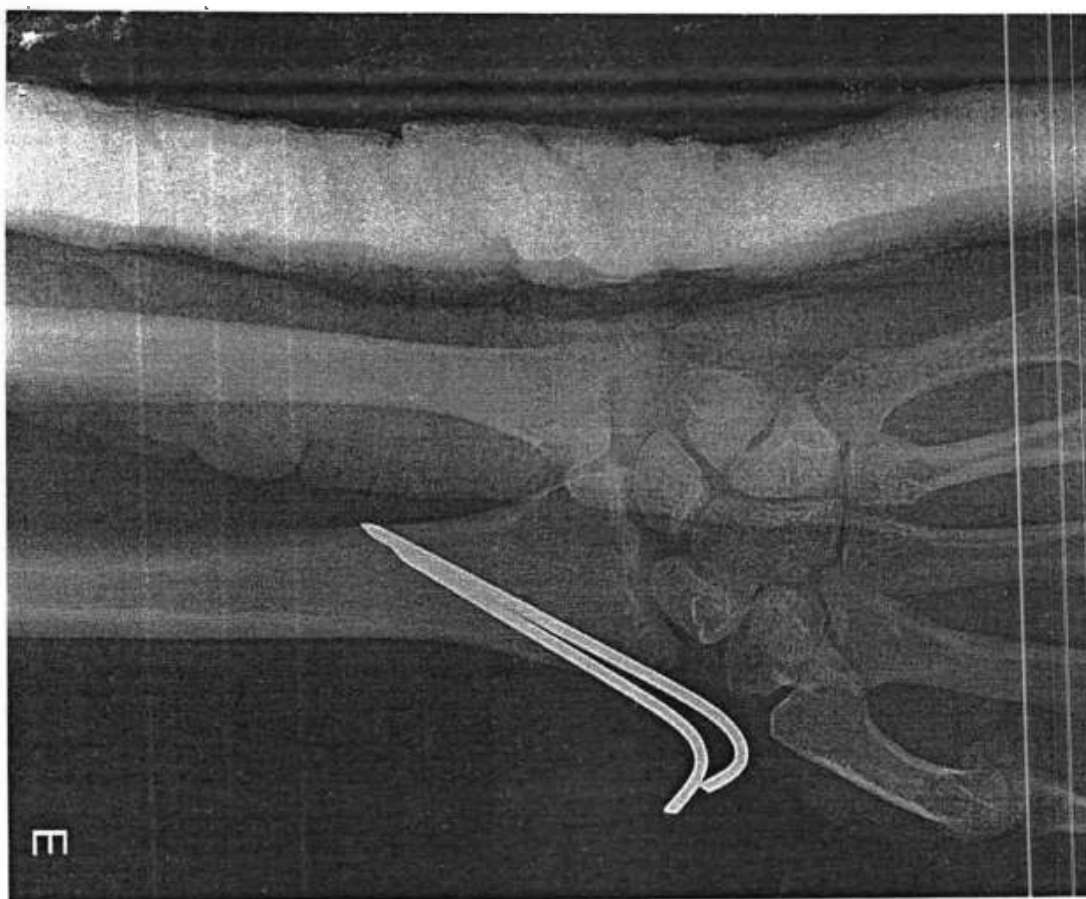
Telefon: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520

LUIS HENRIQUE VASCONCELOS REIS: 1ª TEM PM
 RGPM 105138433-21 Ma: 14455-9
 Cel. - Setor de Apoio Técnico



ID: 123333
Paciente: WALDIR DOS SANTOS COSTA
Idade: 050Y
Sexo: M

HPM





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.

[Assinatura]
13-10-2018
13-10-2018
13-10-2018

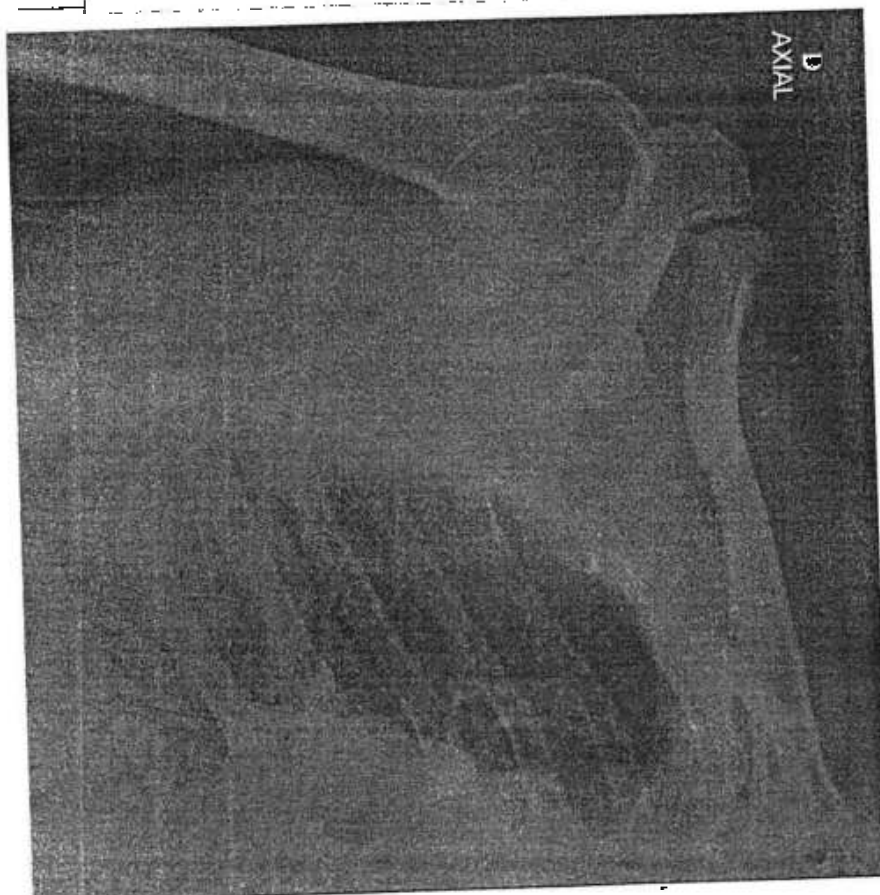
[Assinatura]
Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOU



122494
NOME: WALDIR DOS SANTOS COSTA
Ido: 0507
SEXO: M
DATA: 05/07/2007

HPM



[Handwritten signature]
Jus Henrique Vazconcelos Reis 1º TEN PM
RGPM 185198193-2/ Mat. 14495-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





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 03/11/90
Órgão SSP-PIZUI, portador do CPF nº 353.941.023-68
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ
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
YAMAHA FACTOR
Veículo: YBR125K Modelo: 2012 Ano: 2012
Placa: OEC-2373 Chassi: 9C6KE1520C0109023
Data do Acidente: 10/10/12

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

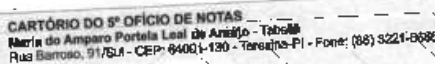
Se Original

Local e Data: União-Pi, de 2012 DPVAT

* Everaldo Miranda de Sousa

Assinatura do Declarante

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



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EVERALDO MIRANDA DE SOUSA EM TESTE DA VERDADE.
TERESINA-PI, 12/02/2019. Empl.: 3,85 Tq: 0,77 PMP: 0,10 Selo: 0,26
Selo: 4,98 Selo: 36272 (F490866)
FLAVIA MARIA DOS SANTOS MACIEL PINHEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA





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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRESIDÊNCIA 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 ANTONIO 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: <u>RUA CANINDÉ</u>	Número: <u>2088</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>UNIÃO</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.120.000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: UNIÃO - PI, 11 de março de 2019

Antonio da Silva Barros
Assinatura do Declarante

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 12:13:04

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612130353900000010598742>

Número do documento: 20080612130353900000010598742

Num. 11184607 - Pág. 42