



HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE:

Karla Ravena de Oliveira Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

460510

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2010
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO**

AUTORIZAÇÃO: 64561704	Nº DA REGULAÇÃO: 7609
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	NASCIMENTO: 30/03/2001

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, GLASGOW 15. NEGA TCE, PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, TRAUMA TORACICO, TRAUMA ABDOMINAL, RAIO X MOSTRANDO FRATURA DE FIBULA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO PERONIO FIBULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDIACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NIVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 23/11/2017 22:19:19

Dra. Marina Couto
Médica
CRM - PI 6878

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PREScrição MÉDICA		HORARIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 23/11/2017	FRAT. TNZ E						
25/11/17							
1	Dieta oral livre						
2	jelco salinizado						
3	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN	100					
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs	10					
5	Tilitil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs	10					
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs	10					
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h	10					
8	Curativos diários						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						
10							

DETALHADA
ENTOSSE SINISTRA
APVAC
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
1 DEZ 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua 25 de Setembro 485 Lote C
Centro-Norte (CEP: 64.002-470)
Teresina-PI

Di Giandomenico Comembreger / Dr. Yuri Júlio Félix / Dr. Ricardo S. Valente / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia / CRM/PI/2108 / CRM/PI/11305 / CRM/PI/11307
CRM/PI/0029 / CRM/PI/2108 / CRM/PI/11305 / CRM/PI/11307

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Karla Raimunda de Oliveira Silva IDADE _____ anos DATA ____ / ____ / 2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA(GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de TN2 esquerda CIRURGIÃO _____

SINAIS VITais	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>116 x 62 mmHg</u>	<u>102 x 58 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84 bpm</u>	<u>67 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>99 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Raimunda</u>	<u>Raimunda</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO	SAIDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	TOTAL	<u>10</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POI de fratura de tímpano esquerdo, segue calmo, sonolento, em ar ambiente.

Maria Jardelma de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI 484.168

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA
HORÁRIO

De Jardelma de Oliveira
Médico Anestesiologista
CRM PI 474 | CPF.: 066.972.913-0

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO X IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] M



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Karla Rayana de Oliveira Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura exp		
Operação - Tipo	Ortopédica		
Cirurgião	Dr. Flávio Henrique de Souza Flávio Henrique de Souza CRM-PI 3102	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Diane	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	24.11.2017	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<p>Lageriesceno, D.O.H. frto de esquerda, amputação anterógrada, colo, rachado medol, luxado e est. 9%. em ósso ele, fechamento, tecos p/ os rebicos e coxígenos, sutura e etc. duplo bolso, ffr e p/ oco e porofus mudo e curativo</p>			

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA: 04-11-17	P. APENAS 100.80	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 18	TEMPERATURA 36	PESO ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA N					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA N					
SISTEMA CIRCULATÓRIO N				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO N				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO N	SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL N	CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Fuetus - Trízia distal		FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	APLICADO AS		EFEITOS		
					TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	D D D		Mucosol 500g 1500 mg = 1	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	D D D		Mucosol 500g 1500 mg = 1	
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SEQUÊNCIA 1 ciprolutum 2 curossette 3 ferroxil 14 4 idescorb 10 5 i-talup = 1		DURAÇÃO
P. ARTERIAL V O PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		INCIDENTE - ACIDENTE			
TÉCNICAS	Rafaelo Tremor pós-operatório de frettue de				
OPERAÇÕES	Dr Flávio				
CIRURGIOS	de Rafaelo				
ANESTESISTAS	DR LIMA				
	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				
	11 DEZ 2010				
	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cecília de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI				
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 24/11/2017

NOME DO PACIENTE:	<u>Kayla Ravenna de O. Serrano</u>	CONTÚARIO Nº:	<u>460540</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fret lomb 6 ef</u>	CIRURGIA:	<u>TTO de Fratura de Tibia distal</u>
ANESTESIA:	<u>Ragne</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Flávio</u>	CPF Nº:	<u>(E)</u>
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra Helenita</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Ediane</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>04</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº 7.0	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº 7.5	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>150ml</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150ml</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150ml</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>90cm</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		Eletrodos	UNID.	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom → 02 UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Bequas → 03 UNID			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	UNID.	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE:			





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Karla Rayana de Oliveira Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura exp abd		
Operação - Tipo	Ortopédica		
Cirurgião	Dr. Flávio CRM-PI 3102	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Badiane	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	24.11.2017	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Rayana, f. 2014, bto de esvorach, ongss, pub npric, coxas, rincão, uedol, hérnias c/ est. qd. em obliqua, ext. debidamente, processos pfd com profundo e complexo, mltm c/ etm fruto lateral, ffr c/ flocos e porofus mltm e cutânea			



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosintesepima.com.br

FILIAL

Ax. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Caiauá
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: short

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome: Aurene

CONFIRMO DIA 10/12/2018
ESTAMOS CONFIRMANDO
QUE A DOCUMENTAÇÃO
ACIMA
É CORRETA
CONFIRME COM O ORIGINAL

Código Ropm N°	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
01	Placa DCP 3.5
06	Parafusos cordeais
03	Parafusos Espumados

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 24/11/17 DATA DA ALTA _____

PACIENTE - Nome: Karla Ravena de Oliveira Silva

Nº AIH: 202836

Nº do Prontuário: 460510

Data da Internação _____

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: 0702030899

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA

**UNIVERSIDADE FEDERACAO
ESTADUAL DO PIAUÍ - UFEPI**

卷之三

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE <i>Carlo Batista de Oliveira Silva</i>						
DATA: 22-11-17	P. ARTERIAL 130/80	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 18	TEMPERATURA 36	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>N</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>N</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>N</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>N</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>N</i>					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL <i>N</i>					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fueluo-tríbia distal</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3				<i>Mucosol - 1</i> <i>gripe 1500 ml</i> <i>epitel - 1</i> <i>mucosol - 1</i> <i>oxig 1000 ml - 1</i>	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 36	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO					SEQUÊNCIA <i>1 epitel - 29</i> <i>2 desossil - 1</i> <i>3 sevolem - 1</i> <i>4 idescort - 1</i> <i>5 itab - 1</i>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					11	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					12	
RESPIRAÇÃO O					13	
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS	<i>Rafael</i>			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	<i>Tuberculose pulmonar de festejo de São</i>			<i>festejo de São</i>		
CIRURGIOS	<i>Dr Flávio</i>			<i>distal</i>		
ANESTESISTAS	<i>De Almeida</i>					
PARTICULARIDADES		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 11 DEZ 2010 GENTE SEGURADORA S.A. Rua General de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Terezópolis - PR </div>			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



SUS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 202836

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

33077

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

202836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

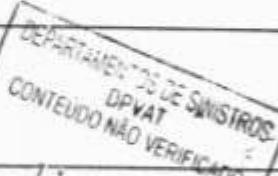
5-Nome: **KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA**6 - Frontuário: **460510**7-CNS: **898002323833202** 8-Nascimento: **30/03/2001** 9-Sexo: **Feminino**11-Mãe: **GRANE PEREIRA DE OLIVIERA SILVA**12-Fone: **- - -**13-Resp: **JOAO ALBERTO**14-Cor: **Parda**15-Ender: **QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - CEP: 64000-000**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-000**16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fest feruçoq ojo

21 - Condições que justificam a internação:

Pact ch

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

Auomnes + Rx + Ex frica

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

29-Clinica:

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

02

01

CPF

841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

23/11/2017

*Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

*Flávio Maciel Almeida Filho
Assessoria de Apoio à Administração-DECIA/FMS
CRM-PI 701 LCE-055.009.313-34
CNPJ: 0091-0275750009
50-Ass.Ca. imbo (Rg-Conselho)*

48-Documento: 49-Num. Documento:

()CNS ()CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Tonó Alberto Silva

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
899002323833202	KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA	30/03/2001	F	460510
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688425255	GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA	JOAO ALBERTO	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				28
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
DEUS QUER		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNозELO ESQUERDO

CONDИOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

ANAMNESE + RX + EXAME FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNозELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

CPF: 84127562315 CRM:

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

23/11/2017

DATA ADMISSAO
23/11/2017 23:46**DATA ALTA**
27/11/2017 10:00**MOTIVO ALTA**

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIALUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA
CPF: 09623462300 CRM:

DATA ANALISE: 24/11/2017 16:18:11

CPF

CRM

DATA ANALISE

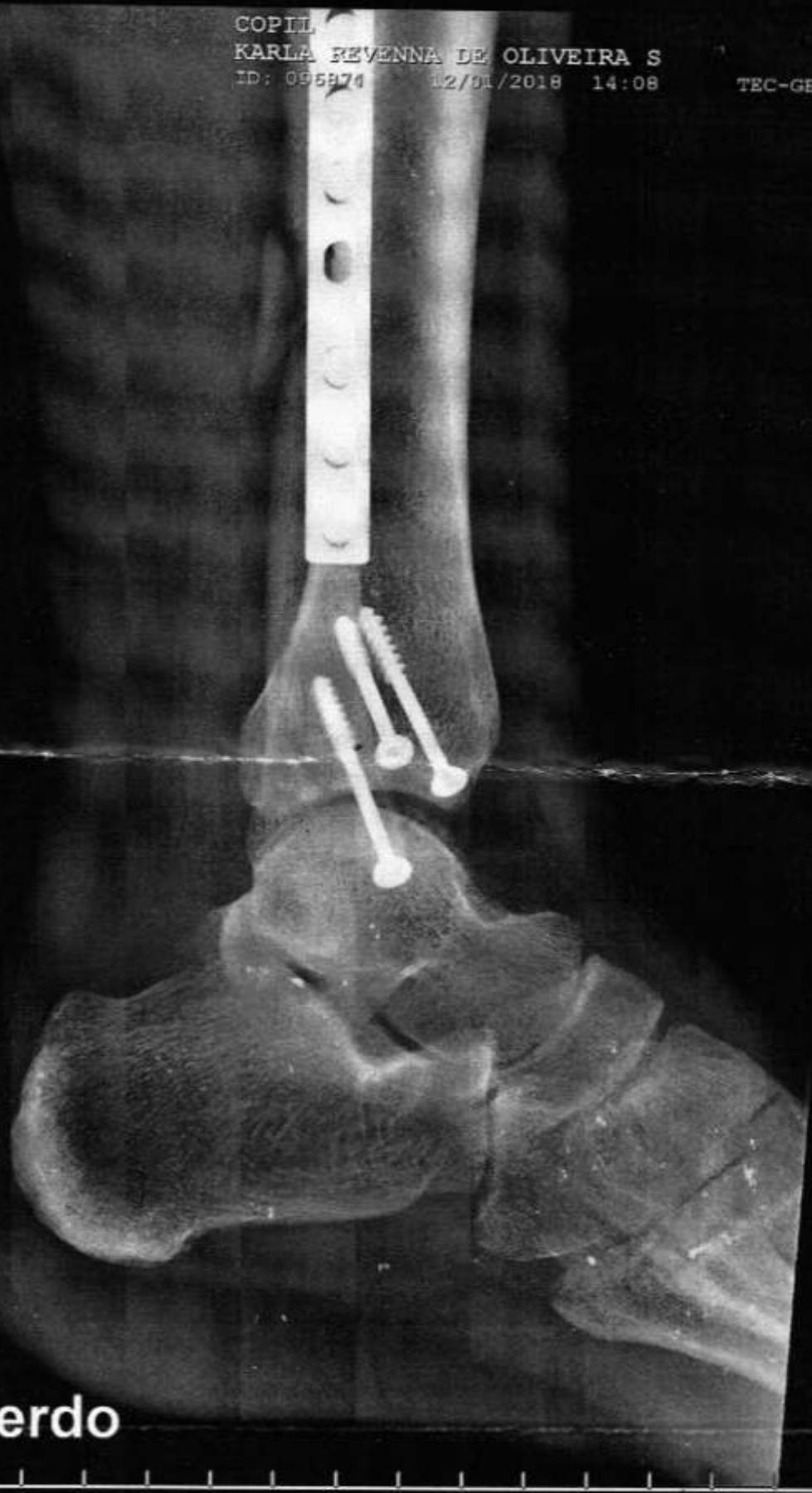
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

COPIL

KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S

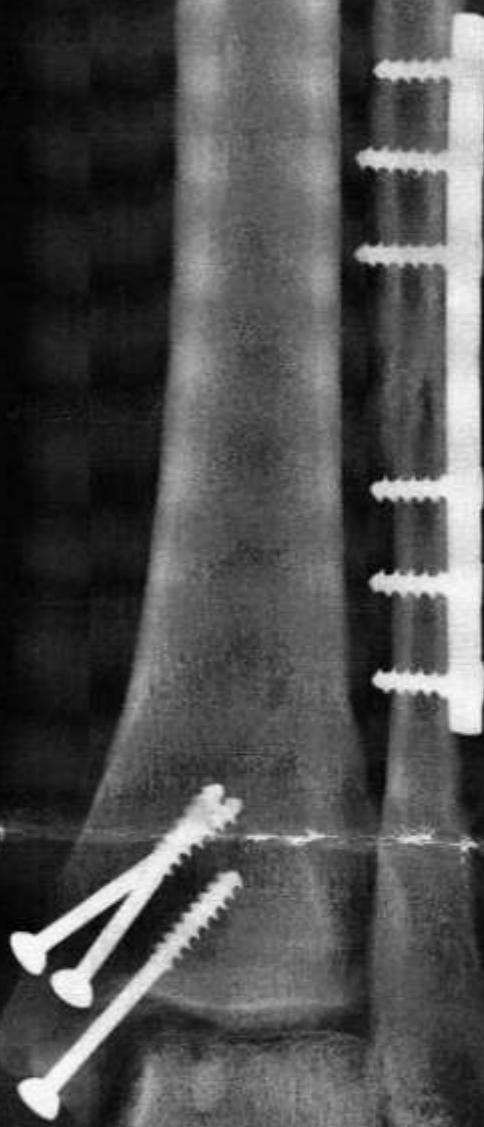
ID: 095870 12/01/2018 14:08

TEC-GETULI



Esquerdo

COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO



AP
Esquerdo

COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO

Perfil Esq.

CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

COPIL
KARLA REVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 096874 12/01/2018 14:08
REINALDO

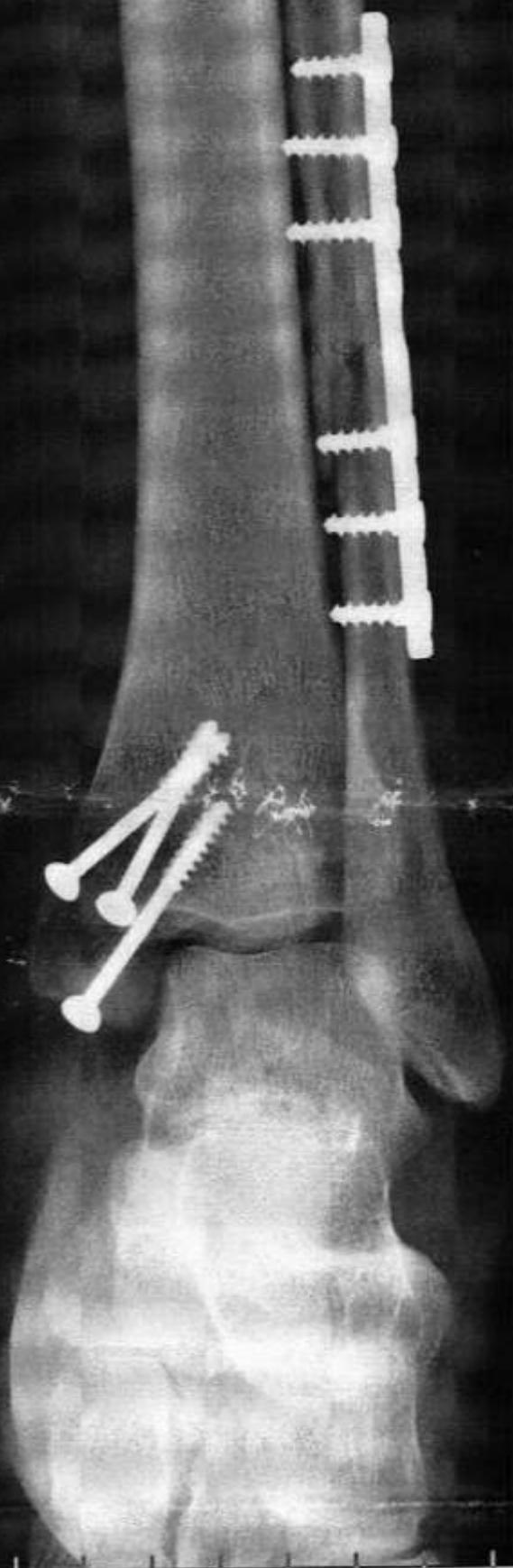
CLINICA ORTOPÉDICA DO PIAUI LTDA - COPIL

COPIL
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA S
ID: 95840 12/12/2017 15:16 TEC-MORAIS



Esquerdo

COPIL
KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA, S
ID: 95840 12/12/2017 15:16
TEC-MORAIS



Esquerdo



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.177.632
NOME	KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA
FILIAÇÃO	GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA CARLOS ALBERTO DA SILVA
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 998 L 4AE F 98 EXP TERESINA-PI 10/05/02
TERESINA - PI	DATA DE NASCIMENTO 30/03/2001
600.021.513-40 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 80.250/83	



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.063.024 DATA DE 23/05/16
EXPIRAÇÃO

NOME GEANI PEREIRA DE OLIVEIRA

PAÍS/ACAO MARIA ANTONIA DE OLIVEIRA

JOSÉ PEREIRA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

JOSÉ DE FREITAS-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC.

13635

DATA F. 5499

01/01/1980

PZ. 201483/63

EXP. 07/2015

JOSE DE FREITAS

MARCOS ANTONIO PEREIRA

007.067.673-90

Assinatura do Detritor

0870784

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total		18,75 %	R\$ 2.531,25	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180580853 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <i>Geane Pereira de Oliveira</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>Solteira</i>	Profissão: <i>Ladeleleia</i>
Identidade nº: <i>2.063.024 SSP/PI</i>	CPF nº: <i>007.067.673-90</i>	
Endereço: <i>R. Dous Quer S/N Q 19 Casa 28 Bem Princípio, Teresina - PI</i>		
CEP: <i>64.095-010</i>	Telefone: <i>(86) 99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil S. 1997

Identidade nº: 1 457 994-SSP/PI

CDF -8-703-754-703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 9982-8477
BENEFICIOS DE SINISTROS
arro: Vermelha - Teresina - PI CEP: 64.019-000 VERIFICADO
11 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 14-002-470
Centro-Norte, KM 10, PI
particular de Procuração, nomeio e constituo, meus S.A.
alificado, a quem confio poderes especiais para
GER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DE VIDA

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo ~~meu~~ **bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT.**

*e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar : agendamento, podendo estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de

requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima
Karla Ravenna de oliveira Silva

Timon-MA 28/11/2018

Local e data



Laguna Pequena do Oeste

- Outro -



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de

Janet Eresio

Oliviera

Em Testemunho da verdade

Funom(MA) 28/3/2012

Ruth Maria da Oliveira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446203/18

Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 600.021.513-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/11/2017

Titular do CPF: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA : 600.021.513-40

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 11/12/2018

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Data do cadastramento: 11/12/2018

Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa

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, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180580853

Vítima: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 23/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
Karla Ravenna de oliveira Silva

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

Nome completo: **Karla Ravenna de oliveira Silva** CPF: **600.021.513-40**
 Profissão: **Estudante** Endereço: **Rd Deus Quer Qd 19** Número: **18** Complemento:
 Bairro: **Bom Princípio** Cidade: **Teresina** Estado: **Piauí** CEP: **64.095-010**
 E-mail: **86/99982-3093**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 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
 SÉM 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)

AGÊNCIA: **1607** CONTA: **51567** Dígito: **6**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, estando eu, portanto, autorizado a apresentá-la, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade de perdas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

TESTEMUNHAS

Local e Data: **Teresina - PI 03/12/18**
 Nome: **Karla Ravenna de oliveira Silva**
 CPF: **600.021.513-40**

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Karla Ravenna de oliveira Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Guilherme Perreira de Oliveira
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: _____

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





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

164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004098/2018-71



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro:** Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 28/11/2018 - 12:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

23/11/2018 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DEP. EZEQUIAS COSTA, Nº:

Complemento

490100

490102-1

Bairro

ANGELIM

ADITAMENTO

(23.11.2017)

Ponto de Referência

PROX. À QUADRA R

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3919505 PI

Mãe: LUISA FERNANDA AMORIM RIBEIRO

Endereço: QD-19, CS-28, RESID. DEUS QUER, Nº

Bairro: BOM PRÍNCIPIO

Cidade: TERESINA

Nome: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 4177632 PI

Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, Nº

Bairro: BOM PRÍNCIPIO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110I, PLACA PIM-8004-PI, COR BRANCA, RENAVAM 01088657149, PROP. DE FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA MOTO, PRÓVOCANDO A COLISÃO. A PASSAGEIRA DA MOTO, KARLA RAVENNA, FOI SOCORRIDA PELA PROPRIETÁRIA DA MOTO E LEVADA PARA A UPA DO PROMORAR. DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HUT. (PRONT. 460510). TESTEMUNHA: FRANCISCA DAS CHAGAS OLIVEIRA, QD-0, BL-16, AP. 02, CONJ. WALL FERRAZ, PORTAL DA ALEGRIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

JOÃO ROBERTO AMORIM GONÇALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

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

Delegado de Polícia

AVERBAÇÃO B.O. 100203.004098/2018-71

O Sr. João Roberto Amorim Gonçalves compareceu a esta Especializada para informar que a data correta do acidente é dia 23/11/2017, conforme entrada na UPA e HUT.

Teresina, 10/12/2018

João Roberto Amorim Gonçalves

João Roberto Amorim Gonçalves

Averbante

cciam

Claudio Costa de Sousa

Ag. de polícia

108516-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Karla Ravenna de Oliveira Silva

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

Nome completo:

Karla Ravenna de Oliveira Silva
Profissão: Estudante
Endereço: Rua Deus Quer Qd 19
Bairro: Bom Princípio
Cidade: Teresina
E-mail:

CPF: 600.021.513-10

Número: 38

Complemento:

Estado: Piauí CEP: 64.095-010

Tel.(DDD): 86/99982-3093

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

DADOS CADASTRAIS

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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 51567 6
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e momente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, mediante a apresentação, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de efeitos 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 discordar do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: Teresina - PI 03/12/18

Nome: Karla Ravenna de Oliveira Silva

CPF: 600.021.513-10

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

* Karla Ravenna de Oliveira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Geuséia Perreira de Oliveira

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 RODO, 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.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: KARLA RAVENA DE OLIVEIRA SILVA

Imp: 23/11/2017 23:48:49
(User: FLÁVIA MENDES)
(Relação: HUTPCAOPA01)

Prontuário: 460510

Mãe: GEANE PEREIRA DE OLIVIERA SILVA

Pai:

End.Resid.: QD 13 CS 34 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 30/03/2001 Idade: 16a:8m:24d

Sexo: Feminino

Fone: -

Responsável: JOAO ALBERTO

CNS: 89800232833202

Profissão:

CPF: . . . RG: -

G. Instrução: Fundamental Incompleto

E.Civil: Solteiro(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638459

Data: 23/11/2017 23:46:27

Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Convênio: SUS

Acid.Trab.: Não

Trajeto?: Não

Típico: Não

CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico chegou ao PS num prometido rápido e com evolução. Nega queixas de consciousness, uso de bebidas alcoólicas. Informa uso de cigarro.

(A) - Visão ausas pupilas / (B) - my @ bilateralmente / (C) - Sem tumescências externas, FC: 80 bpm e FR: 20 lpm; abdome indolor à palpação e doloroso à pressão rotativa / (D) - Gláncer 15 e pupilas reacionais e fotossensíveis / (E) - Encranacções em ipi esquerdo e leves em ipi esquerdo.

PA _____ mmHg

Pulso: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT bpm
FONTE/UNID NÃO VERIFICADO

Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tórax, perna e pé esquerdo

GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 460 Loja C
CEP: 64.000-000
Teresina-PI

~~RAIO-X REALIZADO~~
Técnico: *luc*
DATA: 24/11/2017

Melhorado Administrativa
 Curado Por Indisciplina
 Inalterado Por Evasão
 A Pedido

 Retornar à Unid. Origem. Transferência: _____

DATA SAÍDA: ____ / ____ / ____

HORA: ____ : ____

 Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível: _____

Prof. Solicitante
Internação:
Flávia Roberto Amorim Gonçalves

 Até 24 Hs

DESTINO:

 Família De 24 a 48 Hs IML Após 48 Hs Anat. Patol.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA RAVENNA DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000051567-6

Nr. da Autenticação 342B12DA251D4C03

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | insc. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEMAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal **006957306**
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE Foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	19/06/2018	272	249,14

CARLOS ALBERTO DA SILVA
RS DEUS QUER S/N QD 19 CASA 28 BOM PRINCÍPIO
CPF: 00027385805349
CEP: 64.095-010 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	kWh	DATOS DA LEITURA	
Atual:	17442	Atual:	13/06/2018
Anterior:	17170	Anterior:	11/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/07/2018
Consumo Medido:	272	Emissão:	11/06/2018
Consumo Faturado:	272 - FCAM	Apresentação:	13/06/2018

MEDIA 12M		33	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta
RESIDENCIAL	MONO	A621243	1.1.1.1 272
DISPONIBILIDADE DA CONTA			
Mês/ano consumo			
MAI/18	288	CONSUMO	272 A R\$ 0,46498 = 230,24
ABR/18	589	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)	18,90
MAR/18	206	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,68
FEV/18	194	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,08
JAN/18	281		
DEZ/17	764		
NOV/17	30		
OUT/17	181		
SET/17	167		
AGO/17	163		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 272 - 0,579096			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/06/2018, em função das contas reavisadas neste período. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome no consumo na SERASA. Informamos ainda existem débitos pendentes (até 11/06/2018) e já reavispados no valor de R\$ 4.528,13 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

FATURADO PELA MEDIA. IMPEDIMENTO DE ACESSO. SUJEITO A SUSPENSAO DO FORNECIMENTO (ART. 87 DA RESOLUCAO ANEEL No. 414/2010). LIGUF 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

F8EB.040E.851F.25F7.DE5E..500.FD49.DAD0		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,95	Base de Cálculo:	230,24		
Energia:	85,50	Aliquota ICMS:	27,00%		
Transmissão:	13,45	Valor do ICMS:	62,16		
Encargos:	13,62	Valor do PIS:	1,88		
Tributos:	72,72	Valor do COFINS:	8,68		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

TERESINA-JOCKEY


Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | insc. Estadual: 19.301.383-8

SEU CÓDIGO
0675960-2
MÊS FATURADO
06/2018
VENCIMENTO
19/06/2018
Nº da Nota Fiscal: **006957306** FCAM

11 DEZ 2018
GENTE SEGURO S.A.
Centro, 171, 29
Endereço: 465 Loja C
Cidade: 64.002.470
CEP: 64002-470
UF: PI

83670000002 6 49140017000 8 00000000675 9 96020618008 0



SEQ.: 00159 UC: 0675960-2 DT.LEIT.: 13/06/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 17442 MÉDIA 12M TOTAL: 249,14 CARGA: A03
DT.VENC.: 19/06/2018 IRREG.: 012 COLETOR: 9072

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 014295274

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	10-12-2018	595	572,93

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	10079	Atual:	28/11/2018
Anterior:	9484	Anterior:	29-10-2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	27-12-2018
Consumo Medido:	595	Emissão:	27-11-2018
Consumo Faturado:	595	Apresentação:	28-11-2018
Forma de Faturamento: NORMAL		Forma de Pagamento: 30	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	TRI	1176626	1.1.1.3
		Média 12 meses	
		620	
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	595 A R\$ 0,854448 = 508,39
QUT/18	597	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	40,46
SET/18	636	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	7,58
AGO/18	632	MULTA POR ATRASO 09/18-00	11,51
JUL/18	540	JUROS POR ATRASO 09/18-00	4,99
JUN/18	762	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,53	
MAI/18	584	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,95	
ABR/18	559		
MAR/18	576		
FEV/18	552		
JAN/18	502		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		0 A 595 - 0,566756	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Mes/ano consumo subtra o superávit do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-12-2018. O seu pagamento pode ser feito também a inclusão do nome do consumidor na DEMON. Caso tenha efetuado o pagamento fale com o desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 08EE.B374.5F8B.46CF.FADB.9261.0ECF.A2A0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	96,22	Base de Cálculo:	508,39
Energia:	183,05	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	28,80	Valor do ICMS:	137,26
Encargos:	29,17	Valor do PIS:	6,04
Tributos:	171,15	Valor do COFINS:	27,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE

PERÍODO	DATA	VALOR	PERÍODO	DATA	VALOR
5,31	10-03-2018	6,23	12-04	3,03	
0,00		0,00			0,00

TERESINA-MACAUÍ

Período de abastecimento: 09/2018 Total: 185,50

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0957468-9	572,93
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2018	10-12-2018

Nº da Nota Fiscal: 014295274 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEQ.: 00047 UC: 0957468-9 DT.LEIT.: 28/11/2018 T.ENTR.: 01

LEITURA: 10079 TOTAL: 572,93 CARGA: 016
DT.VENC.: 10-12-2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1091

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 DEZ 2018

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703-111,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Karla Ravenna de Oliveira inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 007.067.673-90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Karla Ravenna de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.067.673-90, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos de suporte ao conteúdo do formulário
 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexo o 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 Henrique Dias</u>	Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Cidade <u>Teresina</u>	Telefone comercial DDD _____	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99982-3093</u>

Teresina, 03 de Dezembro de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proudonio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francinca das chagas oliveira,

RG nº 2.934.921, data de expedição 04/09/13,

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 000.676.633-90 com

domicílio na cidade de Icerapina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) A PT, nº 02,

complemento Rua Alegria, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Kauã Ravennad Oliveira cujo condutor era

João Roberto Amorim Gonçalves

*Veículo: moto

Modelo: HONDA / POP 110 I

Ano: 2016

Placa: PIM-8004

Chassi: 9C2J3B01006R217331

Data do Acidente: 23.11.2017

Local e Data: Timon - MA 28/11/2018

Francinca das Chagas Oliveira

Assinatura do Declarante

Jean Roberto Amorim Gonçalves

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



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de

Francinca das Chagas Oliveira

Cartório do 1º Ofício
TIMON - MA

Em Testemunho Ruth Maria de Oliveira da verdade.

Timon(MA) 28/11/2018

Ruth Maria de Oliveira
Escrevente Substituta

