
Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297864

Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Data do Acidente: 16/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

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



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297864

Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Data do Acidente: 16/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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:

305.081.421-72

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

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

Nome completo:

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

CPF:

305.081.421-72

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

TRAB. RURAL PV. PORTADO

512

RURAL

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

ZONA RURAL

INHUMA

PIAUÍ

64.535.000

Tel.(DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3887

CONTA:

011673

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 de 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 IML (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE)

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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



Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE INHUMA
Rua Duque de Caxias, 846, Centro, CEP 64535-000, Inhuma/PI.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 629/2016



Município: INHUMA/PI.

INVESTPREV

29 ABR 2019

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DADOS DO REGISTRO

DELEGACIA RESPONSÁVEL: Delegacia de Polícia Civil de Inhuma/PI. DATA E HORA: 08.11.2016, às 10h28min.
NOTICIANTE: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA, abaixo qualificado, fone: 89-99927-2859.

DADOS DO ACIDENTE

DATA E HORA: 16.10.2016, por volta das 22h40min.
TIPO DE VIA: xxx, ZONA: rural, LOCAL: Estrada vicinal do povoado Lagoa do Forte, próximo a uma escola, Inhuma/PI,
CONDIÇÕES LOCAIS: Via de pavimentação natural, trecho reto, plano e em ruim estado de conservação, VISIBILIDADE:
prejudicada, TEMPO: bom, PERÍODO: noturno, SINALIZAÇÃO: não possui.

DADOS DA(S) PESSOA(S) ENVOLVIDA(S)

PESSOA 01: Condutor.

NOME: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA, natural de Inhuma/PI, casado, trab. rural, nascido no dia 12.02.1962, RG nº 37.059.532-4-SSP/SP, CPF nº 305.081.421-72, CNH: 02281209659, filho de Lourenço José Ferreira e de Maria Dolores Ferreira, residente no povoado Cortado, S/N, Inhuma/PI.

DADOS DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

VEÍCULO 01: Espécie/tipo: PAS/MOTOCICLE/NENHUMA, marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI placa: PID-7274-Inhuma/PI, cor predominante: PRETA, chassi: 9C2KC1680ER553489, categoria: PARTIC., ano fab./mod.: 2014/2014, código RENAVAM: 01012427266, proprietário titular no CRLV: Anadete Leal de Oliveira Ferreira, CPF nº 018.619.513-37.

TESTEMUNHA(S)

01 – JOSÉ PEREIRA NETO, alcunha ZÉ DA CRUZ, casado, trab. rural, residente no povoado Cortado, S/N, Inhuma/PI.

HISTÓRICO DO ACIDENTE

Narra o noticiante que, no dia e horário do sinistro, conduzindo o veículo 01 se deslocava do povoado Forte com destino a sua residência, e no local acima citado, a motocicleta derrapou num banco de areia, desequilibrou e em seguida caiu; que depois de acidente, mesmo sentindo dores no abdome, seguiu viagem e chegou a sua residência por volta de 01h40min do dia 17.10.2016, tendo por volta das 06h sido conduzido numa D 20 pela testemunha 01 para ao hospital local, onde recebeu atendimento médico e após exame realizado na Clínica Diagnose foi encaminhado de ambulância para o HUT, em Teresina, onde foi internado para tratamento de lesão corporal sofrida no baço (rompimento), conforme documentos médico/hospitalares apresentados; que usava capacete no momento do acidente. Nada mais disse.

Noticiante:

Francisco Arnaldo Ferreira

Responsável pelo Registro:

Francisco de Assis Gonçalves de Araújo
Escritório de Polícia "AD HOR"
Mat 040166-8

Abs: As informações contidas neste BO são de inteira responsabilidade do noticiante.



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:

305.081.421-72

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA NATURAL (BENEFICIÁRIO) - LEI Nº 445/2017

Nome completo:

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

CPF:

305.081.421-72

Profissão:

TRAB. RURAL PV. PORTADO

Endereço:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

LIVHUMA

Estado:

P. AL

Número:

SIN

Complemento:

RURAL

CEP:

64.535.000

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO 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 CONTAS

☒ CONTA POUPANÇA (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:

3887

CONTA:

011673

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 e 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 IMPLICAÇÃO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 9º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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



Local e Data:

Nome:

CPF:

LIVHUMA DO P. AL/30/4/19

Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

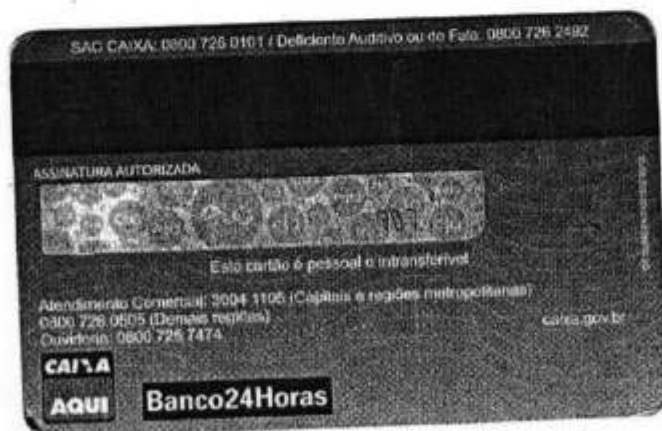
CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: Francisco Manoel de Farias CPF: _____
FILIAÇÃO: MÃE: Marcela de Jesus de Farias ESTADO CIVIL: casado
DATA DE NASC. 12/02/1962 SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Costa e Silva

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

do refer. dor abdominal inferior, após
al. de urto.olic. us abd. que mostra le-
m. de urto.olic. us abd. que mostra le-

PROCEDIMENTOS:

Audição com + resposta.
enc. HUT. Tenente Pl. Avaliação de

DATA: 17/10/16

ASS. RESPONSÁVEL: Antônia Teixeira Silva Ferreira
Médico

**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

NHE - 18/10/16 13:00

Imp: 17/10/2016 17:49:20

Módulo: MARILENE SIQUEIRA

Módulo: ACD/11

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

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA		Prontuário: 423873
Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	Pai: LOURENCO JOSE FERREIRA	
End.Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000		
Nascimento: 12/02/1962	Idade: 54a:8m:5d	Sexo: Masculino Fone: 8-69851-7599
Responsável: KATIA	CNS: 898004131752075	DR. ZENON ROCHA
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 370596324	COMPUTADORIZADA
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado	DATA: 17/10/16
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576027	Data: 17/10/2016 17:39:39	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: DOR ABDOMINAL/PÉLVICA		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DOR ABDOMINAL EM ADULTO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR ABDOMINAL INTENSA.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN 383564 Em: 17/10/2016 17:49:20	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 18:00h)

Paciente infere acidente motociclístico há 1 dia evoluindo com dor abdominal persistente.

US abdominal: trauma esplênico

Apes HIAS, DDM, taboismo, alergia nutricional, etc, etc.

PA 110 x 80 mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: Trauma baço pós acidente motociclístico			CID:

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Avaliação de Cirurgia Geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: : :	Procedimento: 030801043	CID: SSSS
------------------	------------------	--------------------------------	------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

SEU CÓDIGO
0341727-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-39 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SIFAT 06/95

Nº da Nota Fiscal 019405638

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

MARCO/2019

VENCIMENTO
29/03/2019

CONSUMO (Wh)

TOTAL A PAGAR (R\$) 17,83

ANTONIA TEIXEIRA DA SILVA FERREIRA
PV CORTADO S/N
CPF: 00012711487814

B-RURAL

DADOS DE CÁLCULO - CCM		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	22/03/2019
Anterior:	1975	Anterior:	22/03/2019
Constante de Multiplicação:	1875	Próxima Leitura:	20/02/2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	23/04/2019
Consumo Faturado:	100	Apresentação:	21/03/2019
Forma de Faturamento:	100 de Irregular CCM	Dia de Consumo:	22/03/2019

NORMA: DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					30
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Forma	Código Pat.	Média 12 meses

RESUMO RENDA	MONO	A1843654	DESCRIÇÃO DA CONTA 104.1.1	97
--------------	------	----------	----------------------------	----

Métano consumo

FEV/19	114	CONSUMO	30 A R\$ 0,293144 =	8,79
JAN/19	203		70 A R\$ 0,502546 =	35,17
DEZ/18	162	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		6,31
NOV/18	371	DIFERENCA DE TARIFA		42,85
OUT/18	33	SUBVENCAO BAIXA RENDA		30,80
SET/18	47	MULTA POR ATRASO 01/19-00		3,23
AGO/18	39	PARCELAMENTO DE DEBITO 69/144		10,61
JUL/18	30	JUROS POR ATRASO 01/19-00		1,67
JUN/18	34			
MAI/18	38			

TABLE 2. GEN. TRIDITIONS*

6 A	30	-	6.218540
31 A	100	-	6.351020

100

NOTIFICACA

INVESTPREV

29 APR 2019

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/04/2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SPDSN. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

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

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição: 3300.F423.8DFD.1659 2E0C.6B41.9E49.B0F1				Base de Cálculo:				
Energia:				Alíquota ICMS:				
Transmissão:	18,01			Valor do ICMS:	86,81	67,71		
Encargos:	34,78			Valor do PIS:	22,00%			
Tributos:	5,88			Valor do COFINS:		19,09		
	3,71							
INDICADORES DE CONTINUIDADE				1,41%	0,95			
	24,43			ETC	6,19%	4,19	0,10%	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite								
Realizado								
Componente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	0,00			0,00			0,00	

neotonol
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - CentroSul - Teresina - PI
CNPJ: 06.846.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5

SEU CÓDIGO	01/2019	0,00
TOTAL A PAGAR - R\$		
0341727-1		77,83
MÊS FATURADO		VENCIMENTO
03/2019		29/03/2019
Nº da Nota Fiscal: 040105636 EFAU		

83600000000 7 77830017000 9 00000000341 8 72710319008 6



SEQ.: 00040 UC: 0341727-1 DT.LEIT.: 22/03/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 1975 NORMAL TOTAL: 77,83 CARGA: 001
DT.VENC.: 29/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0441

INVESTPREV

29 ABR 2019

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.84.
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800.

Fatura M.

MATRICULA: 17:2850-0
Hidrometro: A07N261994
Referência: JAN/2019

Nome/Razão Social/Endereço:
MIRIAM DANTAS NOGUEIRA
RUA ANTONIO LUIS, 1160
A44NDO LIMA
VALENÇA 64300000

AGm 163

Situação Água/Esgoto	Res.	Categoria de Uso	Inscrição
1/1	1	Com. Ind. Pub.	
			113 1 06 0337 0130-000

Período de Cobrança: 01/12/2018 a 08/01/2019
Dias Consumidos: 33

Mês/Ano	Leitura	Consumo	Ocorr.
07/18	1279	14	0
08/18	1295	16	0
09/18	1314	19	0
10/18	1332	18	0
11/18	1349	17	0
12/18	1357	8	0
01/19	1369	12	0

Forma de Faturamento: FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cód. Responsável: 023682089
Código da Tarifa: 01

Consumo Médio	Cota Fixa Água	Cota Fixa Esgoto
15		

Consumo	Consumo Retido
12	12

DESCRIÇÃO DA FATURA

Nome do Serviço	Valor (R\$)
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 003/005	39,44
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	30,19
J.R.D.S DE MORA 001/001	1,89
MANUTENÇÃO HIDROMETRO	1,89
	1,20

VENCIMENTO: 14/01/2019
SERIAL A PAGAR (R\$): 75,31
PENSO 30

A LÍQUIDA DE DÉBITOS CONTAS: 1 VALOR
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2164/2015-MS

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	10	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Assente	Assente
NP Amostragem Realizada							
NP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	1,50	3,10	7,21	0,00	0,00		

Observações: PRESERVE - QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

A AGENSIA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
ESTE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA, ESGOTO COLETADO PELA AGES
NÃO RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 de 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 GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.574.783 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO ARNALDO FERREIRA (a) no CPF sob o Nº 305.081.421 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima FRANCISCO ARNALDO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 305.081.421 / 72, confor-
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	Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO LUIS</u>	<u>1180</u>	<u>URBANO</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>AMANDOLIMA</u>	<u>VALENÇA</u>	<u>PIAUÍ</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>givaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>	<u>(89) 992316674</u>	<u>994093745</u>



VALENÇA, 30 de MARço de 2019
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

29 ABR 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANADETE LEAL DE OLIVEIRA FERREIRA

RG nº 1.884.009 Data de expedição 10/09/96

Órgão SEPIPI, portador do CPF nº 018.69.513-37 com

domicílio na cidade de INHUMA, no Estado de

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

PL. COSTADO SIN ZONA RURAL nº SIN

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

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

vítima FRANCISCO ARNALDO FERREIRA condutor era

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Veículo: MOVA

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI

Ano: 2014/2014

Placa: PID 7274

Chassi: 902K0168 DER553489

Data do Acidente: 16/10/2016

Local e Data: INHUMA - PIÁUI / 30/03/2019

Anadete Leal de Oliveira Ferreira

Assinatura do Declarante



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



Francimar Silva Teixeira
ESCREVENTE AUTORIZADA

INVESTPREV

29 ABR 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cicero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: Francisco Manoel Farias CPF: _____
FILIAÇÃO: MÃE: Marcela de Jesus Farias ESTADO CIVIL: casado
DATA DE NASC. 12/02/62 SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Costa

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

o de referir dor abdominal intensa, após
al. de vômito. não. us. abd. que mostra de-
no. anorexia.

PROCEDIMENTOS:

Audição + surda.
enc. HUT. Termino a avaliação de

DATA: 17/10/16

ASS. RESPONSÁVEL: Antônia Teixeira Silva Ferreira
Médico



Estado do Piauí
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES - INHUMA - PI
FICHA DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 17/10/16 HORA: 1040 Assinatura do Responsável: Antonia Teixeira

Identificação do Paciente:

Nome: Francisco Arnaldo Ferreira

Data de Nascimento: 12/02/62 Ficha de Notificação nº: _____ Idade: 54

Endereço: Rua Cortado

Bairro: _____ Telefone: () _____ Município: _____ Estado: _____

Sexo: () Feminino (X) Masculino

Como você se considera: (X) Branco (a) () Pardo (a) () Preto (a) () Amarelo (a) () Indígena

Estado Civil: () Solteiro(a) (X) Casado(a) () União Estável () Separado/Divorciado/Desquitado(a)

() Viúvo(a)

Até quando estudou? () Não Estudou () Da 1ª a 4ª Série do Ensino Fundamental

(X) Da 5ª a 8ª Série do Ensino Fundamental () Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo () Pós - Graduação

Acidente de Transporte

A Vítima sofreu acidente de que? () Carro (X) Moto () Bicicleta () Ônibus () Outros: _____

A Vítima era? (X) Condutor () Passageiro () Pedestre

Se condutor, possuir a Carteira de Habilitação? () Sim () Não

Tipo de Acidente? () Colisão () Atropelamento (X) Queda

() Outro: _____ () Ignorado

Se Colisão, colidiu com o que? () Carro () Moto () Bicicleta () Pedestre

A Vítima usava Capacete? (X) Sim () Não () Não se aplica

O Paciente fez uso de algum tipo de Bebida Alcoólica? () Sim (X) Não

O Paciente quebrou (fraturou alguma parte do Corpo? () Sim (X) Não

Que parte do Corpo da Vítima foi atingida? () Cabeça (X) Torax () Braços

(X) Abdômen/Barriga () Pernas

O Paciente permaneceu Internado? () Sim (X) Não

Ocorreu Óbito? () Sim () Não

DEMAIS ACIDENTES:

Tentativa de Suicídio () () Envenenamento/Intoxicação () Instrumento Cortante

Preocitação de lugar Elevado () Arma de Fogo () Instrumento Contudente

() Enforcamento () Outro: _____ () Ignorado

Agressão ou tentativa de Homicídio () Agressão Física () Agressão Sexual

() Arma de Fogo () Envenenamento () Instrumentos Cortante () Instrumento Contudente

() Outro: _____ () Ignorado

Acidente de Trabalho: () Sim () Não () Ignorado



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Francisco Arnaldo Ferreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 423 873

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

NHE - 18/10/16 13:00

Imp: 17/10/2016 17:49:20

Nome: MARILENE SIQUEIRA
Data: 17/10/2016

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

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA		Prontuário: 423873	
Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	Pai: LOURENCO JOSE FERREIRA		
End.Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000			
Nascimento: 12/02/1962	Idade: 54a:8m:5d	Sexo: Masculino	Fone: 8-69851-7599
Responsável: KATIA	CNS: 898004131752075		
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 370596324-5		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado		
End.Local.: - - -	DATA: 17/10/16		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 576027	Data: 17/10/2016 17:39:39	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)	
Motivo da Procura: DOR ABDOMINAL/PÉLVICA		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: DOR ABDOMINAL EM ADULTO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA DOR ABDOMINAL INTENSA.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN 383564 Em: 17/10/2016 17:49:20	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 18:00h)

Paciente infere acidente motociclístico há 1 dia evoluindo com dor abdominal persistente.

US abdominal: Trauma esplênico

Queixa HIAS, Dor, taquicardia, alergia medicamentosa, etilismo.

PA 110 x 80 mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: Trauma baço pós acidente motociclístico			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado Avaliação de Cirurgia Geral

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: : :	030801043	SSS
		Procedimento	CID

Francisco Arnaldo Ferreira
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco Amadeo Ferreira		423873			225	197
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
21/10/16						
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
#5º D/14 Trauma esplênico. TTO conservadora				49.10h - segue em alta hospitalar		
Paciente em Beto, em Uterino, acrometico,				Idem com orientações		
abdominal, COTE, desidratado.						
AC: B0F, B2R, ZT, SS. AP: MVA, sem R.T.						
Abdomem globoso, flácido, indolor a palpação.						
Hx: 32,41.						
DALLA Hospitalar						
						
						
V						

MÉDICO / CRM :

C. Cury.

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE																														
FRANCISCO AUGUSTO FORTES DA SILVA				197																																
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM																																
CÓDIGO				OBSERVAÇÕES																																
18/10/16	3º DIA. Tx cont 650/160/90			11:10 Tx cont em mibado 650/160/90																																
27:50	770 Cont Serbador.			9, comunt, euntade, fave, em																																
	PC 1 800/676 200/100/90 de 202			M. unoc. em MSD perco 100/100/90																																
	2º dia de 202, DCB. 100/100/90.			Enfermeira COREN-PI 335.22																																
	DC 61. 366. Normocardi. FC: 72,			SINAIS VITAIS																																
	2º dia de 202, DCB. 100/100/90.			<table border="1"> <thead> <tr> <th>TEMP</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>PA</th> <th>DIAPHR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>36,5</td> <td>72</td> <td>18</td> <td>13/8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>36,5</td> <td>72</td> <td>18</td> <td>13/8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TEMP	T	P	R	PA	DIAPHR	12	36,5	72	18	13/8		13						24	36,5	72	18	13/8		06					
TEMP	T	P	R	PA	DIAPHR																															
12	36,5	72	18	13/8																																
13																																				
24	36,5	72	18	13/8																																
06																																				
	CD. Sol. C. 10 HT/116.			22:00 medicação com unoc																																
	1º dia de 202, DCB. 100/100/90.			perfusão 200 ml de 100/100/90																																
	2º dia de 202, DCB. 100/100/90.			nutrição 200 ml de 100/100/90																																
	3º dia de 202, DCB. 100/100/90.			COREN-PI 335.22																																
	4º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	5º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	6º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	7º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	8º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	9º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	10º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	11º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	12º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	13º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	14º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	15º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	16º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	17º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	18º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	19º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	20º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	21º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	22º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	23º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	24º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	25º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	26º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	27º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	28º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	29º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			
	30º dia de 202, DCB. 100/100/90.																																			

IDENTIFICAÇÃO

Prometeo Amaldo Ferreira 19/10/16 09

X

1. Nome completo: Prometeo Amaldo Ferreira
 2. Data de nascimento: 19/10/16
 3. Sexo: M
 4. Estado civil: solteiro
 5. Profissão: estudante
 6. Endereço: rua ... nº ...
 7. Cidade: ...
 8. Estado: ...
 9. País: BRA
 10. Telefone: ...
 11. E-mail: ...
 12. Assinatura: [assinatura]
 13. Data: 19/10/16
 14. Hora: 09

12h	18h	24h	06h	12h	18h	24h	06h

12h, feiente admitido
 vindo da sala verde com o
 médico de trauma. Exames:
 mega alongio mede 10cm e
 sede consistente, emite
 odor apêndice, supurante, fístula
 no abdômen. Ambiente hospital
 humido e quente. Estado
 e bem queixas algias

JANEIRO 2017
 MAIO 2017
 JUNHO 2017
 JULHO 2017
 AGOSTO 2017
 SETEMBRO 2017
 OUTUBRO 2017
 NOVEMBRO 2017
 DEZEMBRO 2017
 CONFERE COM O ORIGINAL


 Enfermeiro(a)

17/10/16 : 18:05

Tranque abdominal fechado há 1 dia por desepesimento
do mto no asfalto.

Relato da em andar superiores do abdome. Nefe vomito
VS Abdome: lesão esplênica e pequena quantidade de líquido-lim.
Ao exame: Abdome globoso, flácido, doloroso - palpando
em AED - esforço, sem defesa.

CD: - TC do Abdome

- Reavaliado após exame

Dr. Mauro André Gonçalves

CRM-PR 6199

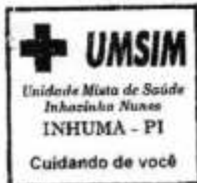
RS cir. Anal.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO:	CLÍNICA:	ENF. ou APTº	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Francisco Analdo Fomine	073 073				Cirurgia Geral
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
18/10/16	DIAGNOSTICO: Trauma Espleno			OBSERVAÇÃO	
00:00	1) Mito do feto até 12º dia (Mito de 12º dia) 2) Fu 9%, 200 ml (10) 200 ml min 3) hematócrito - 01 mm13 (10) 0104.54 4) TILDTN 20 - 01 mm13 (10) 12124 5) hemoglobina - 01 mm13 (10) 0104.54 6) hemograma - 01 mm13 (10) 0104.54 7) Ressonância do crânio qual pelo nome			REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 18/10/16 MEDICO <u>Marta</u> EXAME <u>US abd total</u> LAUDO PROVISÓRIO <u>OK</u>	
11				12:00h RA 13x8 ferido	
18/10/16				15:50 - Anxioso exames laboratoriais não no prévio	
07:30				18:00h RA 12x8 ferido	
11					
18/10/16					
17:46					

CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI
CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1643



FOLHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DO PACIENTE

REFERÊNCIA 2016 1017 0078

Município: Inhuma nº do Prontuário da Unidade _____

Nome da Unidade: KPPIN

Nome do Paciente: Franisco Amoldo Ferreira

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

Documento de Identificação (CPF, RG, Cert. Nasc.): _____

Idade: 54 Profissão: _____

Sinais e Sintomas Clínicos: Pte cl dor abdominal inferior, qñs

Conduta Adotada: queda de urto. US abd: leio esplênica.

Motivo de Encaminhamento: FC: 98 bpm; PA: 110x80.

PARA

Unidade de Saúde: HUT Município: Teresina

Solicitação de Serviços Diagnósticos: _____

Solicitação de Internação: _____

Data: 17/10/16 Horas: 13:30

Assinatura

Dr. Luma Elis B. de Sousa
Médica
CRM 54571/PI

CRM

COREN

CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____

Município: _____ Estado: _____

Nome do Paciente: _____

Diagnóstico Conclusivo: _____

Conduta Adotada: _____

Recomendações: _____

Data: ____/____/____ Horas: _____

Assinatura

CRM

COREN

AIH : 221610170457-5
UNI : H.U.T (PROF. ZENUN RUCHA)

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

NASCIMENTO
12/02/1962

O.LIBERA: 25/10/2016

LAUDO: 17/10/2016

PROCED.: 0308010043 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S353

Código da
Internação:

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

175705

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO ARNALDO FERREIRA	6 - Prontuário:	423873				
7-CNS:	898004131752079	8-Nascimento:	12/02/1962	9-Sexo:	Masculino	RG:	370595324 - SSPPI
11-Mãe:	MARIA DOLORES FERREIRA	12-Fone:	8-69851-7599				
13-Resp:	KATIA	14-Cor:	Parda				
15-Ende:	POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - CEP: 64535-000	17-Cod.IBGE:	220470	18-UF:	PI	19-CEP:	64535-000
16-Munic:	INHUMA						

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL PERSISTENTE, COM TRAUMA ESPLÊNICO.		
21 - Condições que justificam a internação:		
TRAUMA DE RAÇO.		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
EXAME CLINICO.		
23-Diagnóstico Inicial:		
Traumatismo da veia porta ou esplênica		
24-CID Prim:	25-CID Sec:	26-CID Terc:
S353		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:
0308010043	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum: 32-Doc. Méd. Solic.:
	02 01 CPF 811.397.483-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	17/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-Tipo:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
	25/10/16		
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)			
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:			
Assinatura			
Usuário: (AMPAIOLEAL)			
Consulta Local: 17/10/16			
Consulta SUS:			
Impressão: 21/10/2016 16:58:33			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ARNALDO FERREIRA (Prontuário: 423873)**
 Endereço: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000
 Nascimento: 12/02/1962 Idade: 54a8m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576027
 Requisição: 686625 Solicitação: 17/10/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 857740 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 17/10/2016

T.C. DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES PRESERVADAS, OBSERVANDO-SE MÚLTIPLAS ÁREAS LINEARES HIPOCAPTANTES PARENQUIMATOSAS (LACERAÇÕES).
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO HIPERDENSO SUBFRÊNICO BILATERALMENTE E NA PEQUENA PELVE.
- DISCRETA DENSIFICAÇÃO DOS PLANOS LIPOMATOSOS NO FLANCO ESQUERDO, COM ESPESSAMENTO DA FÁSCIA LÁTERO-CONAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/10/2016

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ARNALDO FERREIRA (Prontuário: 423873)**
Endereço: **POVOADO CORTADO - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000**
Nascimento: 12/02/1962 Idade: 54a8m6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576027
Requisição: 686750 Solicitação: 18/10/2016 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
Controle: 857889 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 18/10/2016

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico mostrou:

- Líquido espesso livre na cavidade abdomino-pélvica de pequeno a moderado volume (em recesso subfrênico direito, espaço hepatorenal, flanco direito, peri-esplênico, goteira parietocólica esquerda, flanco esquerdo e na escavação pélvica).
- Baço com volume normal, ecotextura parenquimatosa heterogênea, com áreas anecóicas de permeio e imagem hipocóica subcapsular, anteriormente, medindo 8.6x1.5cm, sugestiva de hematoma subcapsular.
- Imagem nodular hipocóica e homogênea adjacente ao baço, medindo 1.5x1.3cm, ecotextura similar à esplênica, sugestiva de baço acessório.
- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidades parenquimatosas dentro dos padrões da normalidade. Diferenciais córticomedulares preservados. Ausência de imagens de cálculos. RD=11.5x4.9x5.0cm. Re=12.2x5.7x5.8cm. Baço=10.2x5.3cm.
- Bexiga: semi-distendida, paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas. Peso de 22.3g.
- Vesículas seminais: anatômicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1-Hemoperitônio de pequeno a moderado volume.
- 2-Baço com volume normal, ecotextura parenquimatosa heterogênea, com áreas anecóicas de permeio e hematoma subcapsular, anteriormente.
- 3-Baço acessório.
- 4-Sem outras alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(MARTA VANIA)

TERESINA - PI 18/10/2016

MARTA VANIA LIMA BEZERRA

CPF: 239.486.633-00 CRM PI 1978

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Rito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

423873

Internação:

175705

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA				
End. Resid.: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL				
Cidade: INHUMA - PI			CEP: 64535-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 12/02/1962	Idade: * 54a:3m:7d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: LAVRADOR
Admissão: 17/10/2016	G.Instrução: Médio	Fone: 8-69851-7599	Cartão SUS (CNS): 898004131752079	Procedência: INHUMA
Pai: LOURENÇO JOSE FERREIRA			Mãe: MARIA DOLORES FERREIRA	
Responsável: KATIA				
End. Responsável: POVOADO CORTADO - ZONA RURAL INHUMA - PI 64535-000				
Documento: RG: 370595324 - SSPPI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): DOR ABDOMINAL/PÉLVICA				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 17/10/2016	Hora: 17:55	Data: ___/___/___	Hora:	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0308010043 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO				
CID 10: S353 - Traumatismo da veia porta ou esplênica				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: Pro chirúrgico				
CID 10: Trauma esplênico				
Tratamento Realizado:				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

21/10/2016
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

INVESTPREV

29 ABR 2019

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

Nº de inscrição
305081421-72

Data de Nascimento
10/02/62

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 37.059.532-4 DATA DE EMISSÃO 08/JUN/2000

NOME FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

SOBRENOME LOURENÇO JOSE FERREIRA

RAÇA E MARIA DOLORES FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO 12/FEV/1962

UF INHUMA - PI

VALÊNCIA DO PI

CC: LV. 803 / FLS. 534 / N. 000876

ASSINATURA DO DETENTOR

Este documento é comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a origem ou a utilização, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Francisco Arnaldo Ferreira

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/06/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON BAST

8100-0

IAO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DETENTOR
Francisco Arnaldo Ferreira

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297864 **Cidade:** Inhuma **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA **Data do acidente:** 16/10/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. P4 12 13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P14

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: CASADO
Identidade: 37.059.532-4 SSP/SP
CPF: 305.081.421-72
Profissão: TRABALHADOR RURAL
Endereço: AV. PORTADA SIN 2, RURAL - INHUMA - PIAUÍ
CEP: 64.535.000
Telefone: (89) 999272859

OUTORGADO:

Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
Nacionalidade: _____
Estado civil: DIVORCIADO
Identidade: 2.112.027 SSP/PI
CPF/CNPJ: _____
Profissão: NÃO INFORMADO
Endereço: RUA ANTONIO MIAZ 1180 VALENÇA - PIAUÍ
CEP: 64.300.000
Telefone: (29) 999316617

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. **CORRETURA**

INÚTIL
DATA DO ACIDENTE - 16/10/2016

Francisco Arnaldo Ferreira
Assinatura do Outorgante

RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO

INHUMA DO PIAUÍ
Local e data



Francimar Silva Teixeira
ESCREVENTE AUTORIZADA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144019/19

Vítima: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

CPF: 305.081.421-72

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/10/2016

Titular do CPF: FRANCISCO ARNALDO FERREIRA

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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

FRANCISCO ARNALDO FERREIRA : 305.081.421-72

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: 29/04/2019
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Juliana Teles Martins
CPF: 040.897.701-90

Juliana Teles Martins