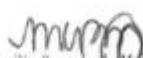


DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins, que LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA CPF 008.265.563-45, RG 2.352.323 SSP-PI, compareceu neste serviço médico, na data de 17 de novembro de 2019, vítima de acidente em transito de motocicleta, conforme número de prontuário 57922, sendo registrado o horário de entrada às 22:10 atendimento realizado pela Médica FERNANDA NUNES DE CASTRO, CRM-PI 4195.

Teresina, 19 de dezembro de 2019


Maria Cecília Portela de Melo Andrade
Diretora de Enfermagem -
Matrícula 19387 - COREN-PI 265.117
Unidade Pronto Atendimento Promorar



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA (RG: 2.352.323 SSP - PI) que deu entrada neste hospital no (s) dia (s) 18/11/2019 às 18:48:40, no POSTO 2 , SUPLEMENTAR e CLÍNICA ORTOPÉDICA – P.11, ENF. 237 e encontra-se de alta desde o dia 21/11/2019.

Teresina, 21 de novembro de 2019.



Priscilla Silva Lima
Assistente Social - HUT
CRESS nº 879 - 22ª Região

Assistente Social





NOME DO PACIENTE: Reaneida Shadelynne Almeida
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 529189 *8/8*

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE) *NH60*

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA		Frontuário: 529189	
Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Pai:		
End. Resid.: QD B CS 16 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 02/03/1986	Idade: 33a8m16d	Sexo: Feminino Fone: 86-98324-849	
Responsável: TALESSA	CNS: 702503330147934		
Profissão: ACADEMICA	Documento: CPF: 008.265.563-45		
G. Instrução: Superior Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		
DADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 752420	Entrada: 18/11/2019 18:48:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Objetivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADA DA UPA-PROMORAR C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 24H. RELATO DE TRAUMA EM OMBRO D, PUNHO E, JOELHO D. REFERE NAUSEAS. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		LIVIA DE ARAUJO SOUSA COREN 93272 Em: 18/11/2019 19:46:52

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DORES E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 18/11/19 HORA 20:25 hs
EXAME *Escolio*
TECNICO: *OGON*

RAIO-X REALIZADO
DATA 19/11/19 HORA 21:40
TECNICO: *OGON*

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1364422) - PUNHO ESQUERDO
- (1364423) - OMBRO DIREITO
- (1364424) - JOELHO DIREITO

Prescrição Médica:

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 3096 - TEOR/11020

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Leaneida Shaderlynne Almeida Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 18/11/2019 20:09:00



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

263384

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856**252065**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA**6 - Prontuário: **529189**7-CNS: **702503330147934**8-Nascimento: **02/03/1986**9-Sexo: **Feminino**CPF: **008.265.563-45**11-Mãe: **MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA**12-Fone: **86-98324-849**13-Resp: **TALESSA**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PCT VITIMA D EACIDNETE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM FRATURA DISTAL RÁDIO ESQUERDO E PLATRO TIBIAL
DIREITO
CD: IMOB ILIZAÇÃO / INTERNAÇÃO P/ TTO CIRURGICO

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
RX + EXAME CLINICO ORTOPEDICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050551** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.: 02** 31-Docum.: **32-Doc. Méd. Solic.: 01**CPF **772.586.903-44**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

18/11/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado

Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: **49-Num. Documento:**

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Thalesca Regina do Nascimento Silva

Usuário: (NELSON MOURA)

Consulta Local: 752420

Consulta SUS:

Impressão: 18/11/2019 21:45:12



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 76725 - Data: 18/11/2022

PRESCRIÇÃO MÉDICA N.º : 76725 - Em: (18/11/2019)										
Atendimento	Prontuário:	Paciente:		Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico	Assistente:	
252665	529189	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA		02/03/1986	POSTO 2	SUPLEMENTAR 1	EXTRA 35	NELSON JAVONTO MELO DE MOURA		
Evolução:	REG, ESTAVEL, CLINICAMENTE.									
Hora:										
Seq. :	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE, <i>Zero gos 00 cal</i>									RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" SOS			1,00	Frasco	EV	12/12h			21:45' Admitida no Posto 02
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML+			1,00	Ampola	EV	6/6h			13/11/2019
3	TENOKICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h			ENFERMEIRA: COREN: 79288
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ML SFP, 9% SOS			1,00	Ampola	EV	8/8h	SP 0,9%		12:45 h. Renew novo creme
5	RAMITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			1,00	Ampola	EV	12/12h			menos punzento (22/100) junt

OBS: convergencia canina 10/11/19
con Dr. Denis

Dr. A. H. ~~the~~
is open

Almir Alves Reis Filho
Almir Alves Reis Traumatologista
Ortopedia - CRM-PI 25772

Dr. Lucas Andrade Silveira
CRM-PI 17476
MÉDICO
MEDICINA 100%

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19/11/2015

NOME DO PACIENTE:	<u>Leannele Shadelynne Almeida Oliveira</u>		
DIAGNÓSTICO:	<u>Erart do Farto Retido Retardo de Uso de Halotetra</u>		
ANESTESIA:			
CIRURGIÃO:	<u>Dr. M. R.</u>		
AUXILIAR:			
ANESTESIA:	<u>Dra. Danielle Braga</u>		
INSTRUMENTADORA:			

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>CG</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>60</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>74</u>	PAR	<u>06</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>00</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>00</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>000</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>000</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>50</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>00</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	<u>1</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>00</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON				ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Getulio</u>			
VICRYL							
PROLENE							

Assinatura: Getulio
Matrícula: 80014
SAÚDE - HUT
Controle com Circulação

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

PACIENTE - Nome: Ireneida Shaderlynne Almeida Silva

Nº AIH: 252084

Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 040805051

Indicador de Compatibilidade: 0702030970

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Almir

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 19/11/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx- 40</u>	<u>01 Placa em L 4,5mm de 2x5 furos</u> <u>parafusos eponoxes R32 nº 55</u> <u>nº 60</u> <u>parafusos contráois nº 34</u> <u>nº 36</u> <u>nº 46</u>
	<u>Almir Alves Rebello Filho</u> <u>Ortopedia - Traumatologia</u> <u>CRM-PI 2972</u>

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

Teresina 19 de Novembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Amálio



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	252084

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	6 - Prontuário: 529189
7-CNS: 702503330147934	8-Nascimento: 02/03/1986
9-Sexo: Feminino	10-CPF: 008.265.563-45
11-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	12-Fone: 86-98324-849
13-Resp: TALESSA	14-Fone: 86-98324-849
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050551	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030970	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		
38-Profissional Responsável: ALMIR ALVES REBELO FILHO		40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 19/11/2019		40-No.Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44
		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura do platô lateral direito necessitando de osteosíntese

*Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2972*

41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

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

(KARLA BATISTA)

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

PACIENTE - Nome: Deaneida Shaderlynne Almeida Silva
 Nº AIH: 252084
 Nº do Prontuário: 529189 Data da Internação: _____ / _____ / _____
 Procedimento Médico Realizado: 0408020407
 Indicador de Compatibilidade: 0702030996

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Almir
 CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 19 / 11 / 19 DATA DA ALTA: _____ / _____ / _____

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx- 119</u>	<u>01 Placa em t 3,5mm de 3x4 furos</u> <u>parafusos centrais nº 16 (01)</u> <u>nº 18 (02)</u> <u>nº 22 (01)</u>

*Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972*

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 19 de novembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Anaúlia



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

252084

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA**

6 - Prontuário: **529189**

7-CNS: **702503330147934**

8-Nascimento: **02/03/1986**

9-Sexo: **Feminino**

CPF: **008.265.563-45**

11-Mãe: **MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA**

12-Fone: **86-98324-849**

13-Resp: **TALESSA**

14-Fone: **86-98324-849**

15-Ender: **QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.

0408020407

30 - Procedimento Principal / Descrição:

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

31-Cod. Procedimento Especial

0702030996

Fornecedor da OPM: **PIMMES**

Quant. Soli-
cidada:

1

38-Profissional Responsável:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

40-Tp. Documento:

CPF

*Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2077*
41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

42-Data Solicitação:

19/11/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

772.586.903-44

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura da extremidade distal esquerda necessitando de osteosíntese

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

—/—/—

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

263484

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	252084

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA	6 - Prontuário: 529189		
7-CNS: 702503330147934	8-Nascimento: 02/03/1986	9-Sexo: Feminino	CPF: 008.265.563-45
11-Mãe: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA			12-Fone: 86-98324-849
3-Resp: TALESSA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD B CS 18 - ANGELIM - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-CEP: 221106	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente nativo de traço, desidratado e desnutrido em peso médio e pele seca

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

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

Rx Férias de feridas e placas

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prin: 25-CID Sec: 26-CID C.Ass.:

Tempo SUS
9999

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

19/11/2019

Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito
37-() Acidente Trabalho Típico
38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

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:

()CNS ()CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARLA BATISTA)

Consulta Local: 752420

Consulta SUS:

Impressão: 19/11/2019 09:38:41

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			<i>Leandro Jha d'Orlyne Almeida Filho</i>		
Diagnóstico pré-operatório			<i>Fratura de Rádio Ratal</i>		
Operação - Tipo			<i>Ortonomídes</i>		
Cirurgião		<i>AM CID</i>		1º Assistente	
2º Assistente				3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista			Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		<i>10/11/19</i>	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
 (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Paciente em ORT na sequência de plaxi
 ligadura, Anestesia, Antinepresa, colocação
 dos campos esteril, Paragem da faixa
 de anêstesia, sem volar ao lado deles
 redução contornante do fáscia, val encap,
 fáscia, anestesia, retirada da faixa.
 SIR*

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		
Leanice de Paula delyne Ferreira de Brito		
Diagnóstico pré-operatório Fratura Platafleto Ulnar + luxo do		
Operação - Tipo Osteomíctex + luxo do osso		
Cirurgião		1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
R		
Relatório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Racimo em PDI sob anestesia geral +
Regional anestesia, Anegre, antissepsia, coloquio
do campo estéril, aceno quanto lateral D
redução, aceno no diaco direito e retiro
do luxo do osso, coloquio do luxo do osso
retornando o osso que, fáscia, cartilagem
articular de falso, g1?

Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 260 240 38 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARITICULARIDADES						

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Leonicea Shadelynne Almeida Silva</i>					Nº DE REGISTRO				
DATA: 19/11/119	P. ARTERIAL 120/90	PULSO	RESPIRAÇÃO Estática	TEMPERATURA A.F. 37	PESO	ALTURA			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA			
EXAMES DE URINA <i>NR -</i> - Nefrite e cistite - Anuria na infância sp.									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>NDN</i>						ELETROCARDIOGRAMA <i>RS Normal</i>			
SISTEMA CRICULATÓRIO <i>NDN</i>						ASMA <i>Nega</i> BRONQUITE <i>Nega</i>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>MDN</i>									
SISTEMA DIGESTIVO <i>MDN</i>						SISTEMA URINÁRIO <i>MDN</i>			
ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>						CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fract antebraço E + mal plato tibial</i>						FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	<i>Midazolam + Octamine - 3mp + 30mp</i>					APLICADO AS	EFEITOS <i>Ramsay 3</i>		
AGENTES ANESTÉSICOS	08:30	09:30	10:30	11:30		TOTAL DE DOSES			
OXIGÉNIO 1 Sust 151,0 2 Ropivac 1x 3 Fentanyl	500	500	500	500		- BSA ① Bupivac 0,5% - 15mp ② Dimec 0,02% - 50mp ③ Fentanyl 0,005% - 20 - Bloq. axilar - ④ Diclof 5000 1x - 50ml ⑤ Ropiv 0,5% - 20ml			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	500	500	500					
TEMPERATURA T	260	240	220	200					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200	180	160					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	120	100	80	60					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60	40	20	10					
RESPIRAÇÃO O	Sat 92	ETCO ₂ 35	36	35	35				
SÍMBOLOS									
TÉCNICAS <i>Bloq. axilar E + BSA</i>						DURAÇÃO <i>97 min</i>			
OPERAÇÕES						INCIDENTE - ACIDENTE $FC = 82$ $PAM = 80$			
CIRURGIÕES <i>Dr. Almir</i>									
ANESTESISTAS <i>Dra. Danielle</i>									
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS									
PARITICULARIDADES <i>NDN</i>									



LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364425 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

LAUDO:

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATÔ TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME/HUT
Confere com Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
 Controle: 1364427 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAM5 - HUT
 Confere com Original

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364428 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Teresa Roquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU HUT
Confere com Original


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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: **529189**)
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TEREŠINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
 Controle: 1364427 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

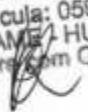
- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

 CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

 Teresa Roquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU HUT
 Confere com Original




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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
 Controle: 1364428 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME HUT
 Confere com Original





LAUDO MÉDICO

Paciente:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)			
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 252084
Controle:	1364995	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRAS 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME/HUT
 Confere com o Original



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:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)		
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle:	1364996	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Tereza Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME HUT
 Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)			
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 252084
Controle:	1364996	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/11/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
 Profissional Responsável

Joana Luisa Móedas de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente:	LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)			
Endereço:	QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	02/03/1986	Idade: 33a8m23d	Sexo: Feminino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1026377	Solicitação: 19/11/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 252084
Controle:	1364995	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/11/2019

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 0290
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)**
 Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
 Requisição: 1026082 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
 Controle: 1364428 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/11/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no platô tibial lateral fixada por placa e parafusos metálicos.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA** (Prontuário: 529189)
Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m17d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420
Requisição: 1026082 Solicitud: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1364427 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/11/2019

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na epífise distal do rádio fixada por placa metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL


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: **LEANEIDA SHADERLYNNE ALMEIDA SILVA (Prontuário: 529189)**

Endereço: QD B CS 18 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 02/03/1986 Idade: 33a8m16d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752420

Requisição: 1026080 Solicitação: 18/11/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO

Controle: 1364425 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 18/11/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

LAUDO:

- FRATURA COMINUTA/AFUNDAMENTO DO PLATO TIBIAL LATERAL, COM DEGRAU DE CERCA DE 11mm.
- FRATURA COMPLETA DA EPÍFISE PROXIMAL DA FÍBULA.
- HEMARTROSE.
- SUBLUXAÇÃO LATERAL DA PATELA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/11/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082423 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PUNHO E JOELHO(OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13,14

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:		LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA		
NACIONALIDADE:		Brasileira		
RG:		ORG. EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ESTADO CIVIL: Solteira
2.352.323		SSP PI	22/04/18	CPF: 008.265.563-45
PROFISSÃO: Recurso		ENDERECO: AV. NOSSA SENHORA DE ASSUNÇÃO		
Nº: 2534		BAIRRO: VILA IRMÃ DULCE	CIDADE: TEC. S. N. A.	
ESTADO: PIAUÍ		CEP: 64040 530.		

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO		ESTADO CIVIL: DIVORCIADO	
RG: 0269743620032	ORG. EMISSOR: SSPMA	DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/01/2019	CPF: 011.310.073-60
PROFISSÃO: TEC. SEG. DO TRABALHO		ENDERECO: RUA COLOMBIA	
Nº 3474	BAIRRO: TRÊS ANDARES	CIDADE: TERESINA	
ESTADO: PIAUÍ		CEP 64016-570	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: Leaneida Shanderlynne Almeida Silva

CPF: 008.265.563-45 DATA DO ACIDENTE 17/11/2019

COBERTURA SOLICITADA: INVALIDEZ PERMANENTE DAMS MORTE

Local/Data Teresina 11/12/2019

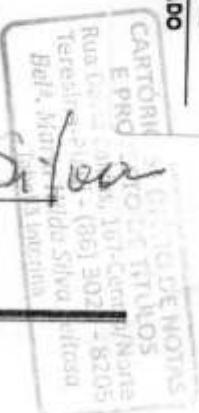
ESTENIA BEATRIZ DE SOUSA RUFINO - ESCRIVENTE AUTORIZADO
Emol. R\$ 3,65 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Sel. R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98
www.tjpi.jus.br/portalextra

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA NO DOCUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULARMENTE TESTE. VERD. TERESINA, 11/12/2019 11:53:49
SELO AANB3412.WAV2 Consulte em www.tjpi.jus.br/portalextra

5º Ofício

Leaneida Shanderlynne Almeida Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066518/20

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SIL'LE

CPF: 008.265.563-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2019

Titular do CPF: SHANDERLYNNE ALMEIDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA : 008.265.563-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082423

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA 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



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, 06 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200082423**

Vítima: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000001950-0

Conta: 000001000429-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

00826556345

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo:

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

6 - CPF:

008.265.563-45

7 - Profissão:

PECUSO

8 - Endereço:

R. NSA DA ASSUNÇÃO

9 - Número:

2534

10 - Complemento:

64040-530

11 - Bairro:

VILA ICÉMIA DULCE.

12 - Cidade:

TEXEIRA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64040-530

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86 99574-5685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECEISO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1950

0 CONTA:

1000429 2

(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atende 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (filhinhos)? Sim Não

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

Texeira 17/02/2020

Leaneida S. A. Silva

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/01/2020 10:45 Data/Hora Fim: 06/01/2020 11:23
Delegado de Polícia: Erika Moura Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/11/2019 21:50

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Vila Irmã Dulce

Logradouro: RUA ESTIGMA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 22/07/1963

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: LUIZA ALMEIDA SANTOS

Nome do Pai: TEODORO RODRIGUES DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 462.902.733-53

RG - Carteira de Identidade: 1004832

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA DA NOSSA SENHORA ASSUNCAO

Nº: 2534

Bairro: ANGELIM

CEP: 64.040-530

Vínculo

Mãe

Envolvido(a)

Leaneida Shnderlynne Almeida Silva

Tempo da Relação

0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: LEANEIDA SHNDERLYNNE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Feminino Nasc: 02/03/1986

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iêda Santos de Almeida Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.265.563-45

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA NOSSA SENHORA DE ASUNÇÃO

Nº: 2534

Bairro: VILA IRMA DULCE





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000237/2020

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	462.902.733-53	Placa	OUC9551
Renavam	01180045006	Número do Motor	JC70E0K010373
Número do Chassi	9C2JC7000KR010363	Ano/Modelo Fabricação	2019/2018
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Piauí
Município Veículo	Teresina	Marca/Modelo	HONDA/BIZ 110i
Modelo	HONDA/BIZ 110i	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Última Atualização Denatran	30/01/2019	Situação do Veículo	NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvidos
MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA	Proprietário

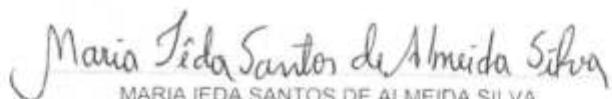
RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE AFIRMA QUE SUA FILHA TRAFEGAVA NA MOTO ACIMA MENCIONADA, PELA CITADA VIA QUANDO A MESMA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU. SENDO SOCORRIDA POR TECEIROS, LEVADA PARA A UPA DO PROMORAR PRONTUÁRIO N. 57922, SENDO TRANSFERIDA PARA O H.U.T. PRONTUÁRIO N. 529189, QUE ESTE É PARA FINS DEO D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS



Jose Milton Nunes Filho
agente de polícia
Matrícula 008070x
Responsável pelo Atendimento:



MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA
(Comunicante)

"Declaro que os dados contidos no boletim de ocorrência acima são verdadeiros, de acordo com a minha memória e a minha observação. Fiz a leitura da comunicação, comprovando que o que ali consta é verdade. Conforme previsto nos Artigos 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

00826556345

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

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

5 - Nome completo:

LEANEIDA SHANDELYNN ALMEIDA SILVA

6 - CPF:

008.265.563-45

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. NSA DA ASSUNÇÃO

9 - Número:

2534

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA ICIMÃ DULCE.

12 - Cidade:

TERESINA

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-330

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86 99374-5685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECEBENDO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1950

0

CONTA: 1000429

2 (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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/filhos 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina 17/02/2020
Leaneida S. A. Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANEIDA SHANDERLYNNE ALMEIDA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01950-0

CONTA: 00001000429-2

Nr. Autenticação

BRADESCO03032020050000000002370195000001000429337500 PAGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.746/0001-09 | Insc. Estadual: 19.301.382-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço P-1
Regime especial de tributação autorizado pela SET/CE (Decreto)

Nº da Nota Fiscal: **026704183**

A "Carteira Social da Energia Elétrica - CESE" foi criada
pelo Decreto nº 10.458 de 25 de Maio de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01-10-2019	591	785,65

MARIA IEDA SANTOS DE ALMEIDA SILVA
R. NSA DA ASSUNÇÃO 2534 S/C VILA IRMA DULCE
CPF: 00046290273353
CEP: 64.040-530 - TERESINA

ROT: 3.001.23.08.039400

DADOS DA CONTA	DATA	DADOS DA CONTA	DATA
Atual:	40470	Atual:	03/09/2019
Anterior:	39879	Anterior:	02-08-2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	03-10-2019
Consumo Médio:	591	Entrega:	02-09-2019
Consumo Faturado:	591	Aproximação:	03-09-2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Empresas: **32**

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Promo	Código Ref.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A623014		1.1.1.1	501

HISTÓRICO ANUAL	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
AGO/19 425	CONSUMO 591 A R\$ 0,974683 =	576,03
JUL/19 509	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	46,47
JUN/19 540	DESC. S/MULTA PARCELM.ES (2X)	2,54-
MAI/19 449	DESC. S/JUROS PARCELM.ES (2X)	11,14-
ABR/19 464	DESC. S/COR. MON. PARCELA 18/120	2,81-
MAR/19 479	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	179,64
FEV/19 555	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	23,62
JAN/19 452		
DEZ/18 323		
NOV/18 804		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 551 - 0,655310		

CONSUMO 591 A R\$ 0,974683 = 576,03

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 46,47

DESC. S/MULTA PARCELM.ES (2X) 2,54-

DESC. S/JUROS PARCELM.ES (2X) 11,14-

DESC. S/COR. MON. PARCELA 18/120 2,81-

PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X) 179,64

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 23,62

0 A 551 - 0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

576,03

46,47

2,54-

11,14-

2,81-

179,64

23,62

0,655310

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Juvis Gontijo Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 01138007360, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leomilda Shandorlegne Almida Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidizamento da Vítima Leomilda Shandorlegne Almida Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.265.563-45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

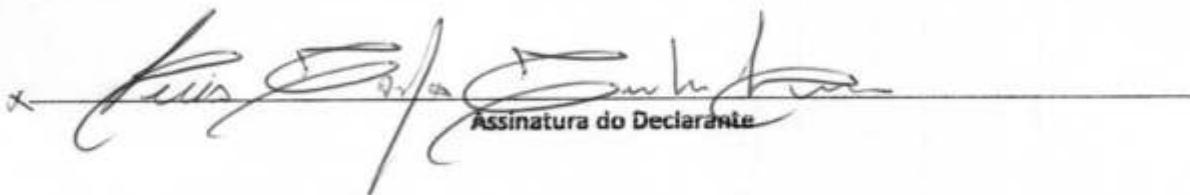
Declaro Profissão: _____ Resida: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 295 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Colômbia</u>	Número:	<u>3478</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Três Andares</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64056570</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>86 9905-4054</u>

Local e Data: Teresina 19/11/2019


Assinatura do Declarante