

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **AMANDA SOARES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3180523430**

Vítima: **AMANDA SOARES DE SOUSA**

Data do Acidente: **16/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523430**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13576212



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523430 **Cidade:** São Miguel do Fidalgo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA **Data do acidente:** 16/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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: 618.786.413-10 Nome completo da vítima: AMANDA SPARES DE FOLTA

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

Nome completo: AMANDA SPARES DE FOLTA CPF: 618.786.413-10

Profissão: LAURADORA Endereço: LOCALIDADE - FONTE DE FATIMA Número: 512 Complemento: -

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FIRDA/GO Estado: PAV CEP: 64558-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 89 - 994208353

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

RENDIA 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 PJ CORRETORA DE SEGUROS

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: NORDESTE 07 NOV 2018

AGÊNCIA: 00027 CONTA: 32066-0 DPVAT

(Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Dicas-Pi. 05.11.18

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CrediAmigo

Bar

CARTÃO
BLOQUEADO

Desbloqueie
e use já.

Ligue agora

Capitais e
regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

Electronic Use Only

4712 3300 0071 3414

4258

VAL

12/20

AMANDA SOARES DE SOUSA

00037 000032066-0

Valid Only in Brazil

VISA

Empresarial Electron

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000039/2018-00

Unidade de Registro: 4º DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 26/10/2018 - 10:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Data/Hora
16/05/2018 - 17:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
LOCALIDADE POLEIRO DE EMA, Nº:

Complemento
ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: AMANDA SOARES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4.070.728 SSP PI

Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES

Pai: ADÃO APRÍGIO DE SOUSA

Endereço: POVOADO FONTE DE FÁTIMA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Telefone(s): 89-9420-8353

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:
1 - HONDA CG 125 FAN ES

Ano: Placa: Chassi:
2014 PGO4127 9C2JC4110ER401922

Cor:
00718529050 Vermelha

Condutor: AMANDA SOARES DE SOUSA

RG: 4.070.728 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO FONTE DE FÁTIMA Número: Complemento: ZONA RURAL DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO-PI

Cidade: SÃO MIGUEL DO FIDALGO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA

Cidade: PAES LANDIM UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a noticiante que, no dia 16/06/2018, por volta das 17:30h, trafegava pela PI-246, sentido São Miguel do Fidalgo a Paes Landim, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em determinado trecho, mais precisamente, na Localidade Poleiro de Ema, zona rural de São Miguel do Fidalgo, bateu em um animal (JUMENTO), vindo a cair; QUE em decorrência da queda, sofreu fratura na perna direita, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada para a UBS - Unidade Básica de Saúde de São Miguel do Fidalgo, e em seguida transferida para o HRTN - Hospital Regional Tibério Nunes, em Floriano-PI, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 088702X
AGENTE DE POLÍCIA

AMANDA SOARES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223.1



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 308957.000039/2018-00

Delegado de Polícia
~~Antônio Nilton A. de Moura~~
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223-7



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: _____ CP- da vítima: 618-786-413-10 Nome completo da vítima: AMANDA SPARES DE FONSECA

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

Nome completo: AMANDA SPARES DE FONSECA CPF: 618.786.413-10

Profissão: LAURADORA Endereço: LOCALIDADE - FONTE DE FATIMA Número: 312 Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO MIGUEL DO FRA/GO Estado: GOIÁS CEP: 74558-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 89-99420-8353

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, com firme 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NORDESTE

AGÊNCIA: 00037 CONTA: 32066-0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação no crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Nascimento (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devir, 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital ou rubrica do beneficiário não alfabetizado: _____

Local e Data: Quil. P. 05.11.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Amanda Sares de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

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

NOME DO PACIENTE <i>Amenda de Sousa Soares</i>				
SEXO <i>F</i>	N.º CIVIL <i>108/97</i>	IDADE <i>21/08/97</i>	NATURALIDADE	PROFISSÃO
NOME DA MÃE <i>Maria Francisca Soares</i>				
NOME DO PAI <i>São Apregio de Sousa</i>				
ENDEREÇO <i>ba. Fonte de Latona</i>				

N.º DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO <i>29/07/10</i>
INSCRIÇÃO
A.M.S.

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	
<i>27/7/10</i>	<i>HB: 10,7 Ht: 36°/10 8u: normal cu: 5. Ferro -</i>	
<i>31/03/14</i>	<i>Exposição do ovário</i>	
<i>8-JAN-10</i>	<i>Diagnóstico de ovário</i>	
<i>20/05/10</i>	<i>H. Polari (+) - 0 - 10 - 40 - 160 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10 - 10</i>	
<i>25/6/14</i>	<i>Mane - 10 de 10: 10 - 10 - 10 - 10 10 - 10 - 10 - 10</i>	
<i>26/8/14</i>	<i>10 - 10 - 10 - 10 10 - 10 - 10 - 10 10 - 10 - 10 - 10</i>	



Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo-PI
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-00

REINALDO GRAFICA E PAPELARIA FONE: (85) 3482-1791

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA SOARES DE SOUSA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000032066-0

Nr. da Autenticação 0559A2606BFF77D2

AG. BRASILEIRO 5889 - SAO JOAO DO PIRES
116 - SUPERMERCADO

Para contato com a
Petrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0475327-5

Nº de Nota Fiscal 012193937

A Yurita Social de Energia Elétrica - TSE foi criada
pelo Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2001.

CORTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	18/10/2018	83	69,22

ESTELINA BARBOSA SOARES
LC FONTE DE FATIMA S/N B-KURAL
CPF: 00074867350320
CEP: 64.558-000 - SAO MIGUEL DO FIDAO GO ROT: 171.643.07.80.002560

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	12800	Atual:	11/09/2018
Anterior:	12816	Anterior:	12/11/2018
Coeficiente de Multiplicação:	8.3	Próxima Leitura:	09/10/2018
Consumo Medido:	8.3	Emprego:	11/10/2018
Consumo Futuro:	NORMAL	Apresentação:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RESIDENCIAL	MONT

CONSUMO	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	4,14

CONSUMO
AGO/18
JUL/18
JUN/18
MAI/18
ABR/18
MAR/18
FEV/18
JAN/18
DEZ/17

CONFORME ART. 15 DO REGIMENTO INTERNO, A PRESENTAÇÃO DE CUSTAS DE LEITURA SERÁ ALTERADA.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

IN CORRETORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018
DPVAT

RESERVADO AO FISCO		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$		22,00%	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	15,22
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	0,68
Transmissão:	19,07	Valor de ICMS:	3,17
Favorecidos:		Valor do PIS:	
Tributos:		Valor do CUPOM:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
6,87	13,74
27,48	3,00
7,00	15,20
8,97	
0,00	0,00

SIMPLICIO MENDES

08/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Belém - PA
- CEP: 66050-000 Fone: (91) 321-101-1
Fax: (91) 321-101-1 E-mail: atendimento@celpar.pa.gov.br
Banco oficial de depósito: Banco do Brasil S.A. - Agência 00000000

1ª de Nela Flacil 012373363

4. Nela Flacil de Nela Flacil - 100% de Nela Flacil
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

DANYE MARTINS SILVA
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CPF: 04.500.000 - DEIRAS

RGT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 11870	Atual: 16/10/2018
Anterior: 11721	Anterior: 14/09/2018
Constante de Multiplicação: 1.000	Próxima Leitura: 16/11/2018
Consumo Medido: 149	Exatidão: 15/10/2018
Consumo Estimado: 149	Atualização: 16/10/2018
NORMA	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: 1185343-3
Uso: 1185343-3
Medidor: 1185343-3
Relação: 1185343-3
Código: 1185343-3
Modelo: 1185343-3

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Consumo: 149 kWh	CONSUMO 149 A R\$ 0,894032 = 124,27
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP)	9,90
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	7,44

Mês/Ano	Valor R\$
SET/18	140
AGO/18	151
JUL/18	125
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	124
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97

TARIFA SEM TRIBUTOS:
PA 119 - 0,000000

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Nes/Ano 09/2018	valor R\$ 125,95	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e/ou reavizada(s) no valor de R\$ 177,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

07 NOV 2018

DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283, 42
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AMANDA SOARES DE SOUZA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 046-400-283, 42, do sinistro de DPVAT cobertura TRVA TDE2 da Vítima
AMANDA SOARES DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 618-786-413, 10, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: RECURSO e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

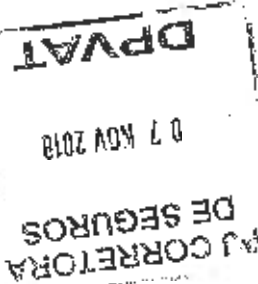
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número	<u>241</u>	Complemento	<u>1</u>
Bairro	<u>JURUPUNA</u>	Cidade	<u>OCUPA</u>	Estado	<u>PA</u>	CEP
Email	<u>1</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>1</u>	Telefone celular (DDD)	<u>84 99408-383</u>	

Declaro de OUTUBRO de 2018
Local e Data

+ Rangere Martins Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA,
 RG nº 2.604.265, data de expedição 07/04/2003
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 035.582.213-03, com
 domicílio na cidade de SÃO MIGUEL DO FIDALGO, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOCALIDADE - PERÍPO - ZONA RURAL nº 511
 complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima AMANDA GARCIA DE SOUSA, cujo o condutor
AMANDA GARCIA DE SOUSA.

Veículo: PAS - MOTO CICLO
 Modelo: HONDA - CG - 125 - FAN K5
 Ano: 2013
 Placa: PGO - 4127
 Chassi: 9C2 JCY 110ER 401922
 Data do Acidente: 16 - 06 - 2018
 Local e Data: PI, 16/06/2018



QUE LIGA SÃO MIGUEL DO FIDALGO - PI
RECLAMANTE - NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DO FIDALGO - PI 16/06/18

Assinatura do Declarante

ORIGINAL

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

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Ceiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402 9315
 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: AMANDA GARCIA DE SOUSA
 e FRANCISCO FERREIRA DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. VERDADE.
 CEIRAS-PI, 26/10/2018. Escal.: 7,42 TJ: 1,98 Selo: 0,52
 Total: 9,42 Selo: ABJ.31241 ABJ.31242 IF6UP51

ELIVANE MOURIZ DE SA E SILVA ESCRITENTE COMPROVISSADA

☐ EVANGELINA DE CARVALHO DA E FREITAS - TABELÃO ☒ ELIVANE MOURIZ DE SA E SILVA ☐ EVANGELINA MOURIZ DE SA SOUSA

☐ GISELÂNIA OLIVEIRA DE SOUSA

COBRANÇA DE OFÍCIO
 4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
 Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Ceiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402 9315
 e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

Rele de Fiscalização e Autenticidade
 Poder Judiciário
 Estado do Piauí
 Atos de Notas, Registro e Judiciais

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 ABJ 31241

Atos de Notas, Registro e Judiciais

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 ABJ 31242

por AUTENTICIDADE

DATA	SERVIÇO PRESTADOS Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
05/08/14	Exame de audiometria	
9:00 AM		
05/09/14	Exame de audiometria	
	Outubro 22 - 40 = 30	
	Idioma Portuguesa	
16/10/14	Exame de audiometria	
	Exame de audiometria	
27/10/14	Exame de audiometria + Exame de audiometria	
15/01/15	Exame de audiometria - 12	
11/08/15	Exame de audiometria	
14:15	Exame de audiometria	
	Exame de audiometria	

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

CONTROLE DE VACINAÇÃO

VACINAS	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO
Anti-Pólio				
Tríplice				
Anti-Sarampo				
Toxóide Tetânico				
BCG Intradérmico				

Dr. Francisco das Chagas Silva
MÉDICO
CRM-PI 1419

Estado do Piauí

Prefeitura Municipal de

São Miguel do Fidalgo

Secretaria Municipal de Saúde

CNPJ 02.744.546/0001-00

FICHA DO PACIENTE

Nome do Paciente: Amanda de Sousa Sales

SEXO: F **E. CIVIL:** **DT. NASC.:** 21.08.97 **NATURALIDADE:** **PROFISSÃO:**

NOME DA MÃE: **NOME DO PAI:** **ENDEREÇO:** Loo Fonte de Fátima

Nº DO REGISTRO:

DATA DO REGISTRO:

INSCRIÇÃO:

A.M.S.:

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
26/11/15	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
21/03/16	Exame físico - 1 vez	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
25/05/17	Exame físico - 1 vez	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
23/11/17	Doença de 1º grau ECG Normal AAS - 100mg 1 vez - Dipiridamol 1 vez	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
02/12/17	Doença de 1º grau ECG Normal	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419



Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA GERAL

Localidade de Saúde
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo-PI
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-12

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

07 NOV 2018

DPVAT



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2385146

4 - CNES

2385146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMANDA SOARES DE SOUSA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002338809604

10 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA SOARES

12 - ENDEREÇO

MONTE DE FATIMA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO MIGUEL DO FIDALGO

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/08/1997

Masc. ☐

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

173468

9 - SEXO

Fem. ☒ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9942-08353

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2210391

15 - UF

PI

16 - CEP

84558-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*paciente com febre e mal-estar
queixas de dor no fêmur
e no pé direito*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

queixas de dor

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Resultados exames RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

Fratura de fêmur direito, S42.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Reparo cirúrgico de fratura de fêmur

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

17/06/2018

Dr. [assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESAMARECADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

M220390901

46 - CODUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento:	1062225
Data:	17/08/2018
Hora:	7:37

173468 - AMANDA SOARES DE SOUSA

SOLTEIRO(A) - Sexo: FEMININO - 21/08/1997 - 20 ANOS, 9 MESES, 27 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: E01- EXTRAS Leito: EX38 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2572 - CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

CPF: 618.786.413-10 RG: 4.070.728 sep -pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: MONTE DE FATIMA, Nº 0 - CEP: 64558-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2210391- SAO MIGUEL DO Profissão: LAVRADOR Telefone: () -

Pat: ADAO PRIGIO DE SOUSA Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES

Responsável: AMANDA SOARES DE SOUSA - () -- O MESMO

Diagnostico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

Paciente vitioso de queda de potocidelo
low fx de joelho

Diagnóstico Provável

Fx de joelho

PI CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

Celso Antonio Montenegro
CRM-PI: 13135

CONEUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2018
ASSIN.

Evolução Clínica

Atendimento

1062225

Paciente

AMANDA SOARES DE SOUSA

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

19/06/18

Ex. de Jéssica D.

(d) 10cc

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 3918 RRT: 3135

PI CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

OPVAT

HOSPITAL AMANDA FREITAS
FARMACIA
CAMPUS CUIABÁ OESTE
11/11/18



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 84800-000
Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1062225 - AMANDA SOARES DE SOUSA

Data: 17/06/2018

Diag. Cirúrgico:

fx de fêmur D.

Cirurgia:

Redução Cirúrgica + Fixação

Descrição da Cirurgia:

- 1) Exame de radiografia de abdômen.
- 2) Exame + Antropometria e exames laboratoriais.
- 3) Anestesia geral.
- 4) Redução Cirúrgica.
- 5) Enxerto com placa e parafusos.
- 6) Enxerto por placa.
- 7) Curativo.

Cirurgião:

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1918 RCO: 13139

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ GERAL

☐ CAUDAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/06/2018
ASSIN: [Assinatura]



HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES LISTA DE VERIFICACAO DE CIRURGIA SEGURA
CHECK LIST PRE-OPERATORIO

do Cliente: Aminda Sara de Siqueira Data de nascimento: 24/08/1977

Idade: 173468 Enf/ Leito: 34/19 Data do Procedimento: 19/08/18

Alimento Cirurgico: Exempur C

ra de Identificacao: (X) Sim () Não Horário SSW: 19 bpm FR: 115 FC: 115 irpm PA: 100/160 mmHg

via Capilar: — mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) 18 18

() SNE () Drenos (especificar): — Jejum (X) Sim () Não A partir das: —

São Pré-Anestésica: () Sim (X) Não Avaliação Cardiológica: () Sim (X) Não Utiliza Anticoagulante: () Sim (X) Não Último horário: —

Cirurgico Demarcado: () Sim (X) Não Adornos Retirados: (X) Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim (X) Retirada (X) Não

antiséptico: (X) Sim () Não Tricotomia: () Sim (X) Não Camisola, gorro e pro-pés: (X) Sim () Não

is: () Sim Qual: — () Não Exames essenciais disponíveis: (X) Sim () Não Não 2X

robiano Profilático: () Sim () Horário: 15:44

ário completo com ficha de internação (X) Sim () Não Hora do Encaminhamento ao CC: 15:44

RVAÇÕES:

atura e carimbo: — ENFERMEIRO — 25/08/2018

Patricia Celly Gualdy de F. Lopes
Téc. de Enfermagem
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

FLORANO-PI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17706178-
PRESCRIPTION

02. EL CO HIDROLISADO

2. CEEA OTINA 1C - 01 AMP IV DE 5/6 HORAS

OS 71117010 - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

100 CLEVELAND AVENUE - 01 AMP SC 1X/DIA

10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg

17 $SSW + GGG$

03/07/2010

COX-2 INHIBITORS

Q. Now, you're going to tell me that the defendant was not the person who was in the car with the victim, is that correct?

2014.1.24

LEITO

FNF. OU APT.

21 A

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO MEDICAÇÃO

Os dados verificados PF
90 x 60 mm Hg. Manuseio

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Enviado anônima p/ RESCENA

NOME	ALA	ENF. OU ART.	LEITO	ORTOPEDIA
<u>Anaída Soares da Silva</u>		<u>14</u>	<u>19</u>	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA <u>18/06/18</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETETICA		As 10:00 Colocado mostra de sangue		
02. JELCO HIDROLISADO		pela resina no 14 E. Médico Gibelly Cunha de F. Técnica de Enfermagem: CORRELA: 802.276		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18</u>	<u>06</u>	As 12h30 Paciente segue no leito	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12</u>	<u>18</u>	06 balma orientada, consciente, sem	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12</u>	<u>18</u>	queixas. Unificada PA: 100x80mmHg	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12</u>	<u>18</u>	Paciente segue aguardando cirurgia	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) //			Paciente Gibelly Cunha de F. Lopes Técnica de Enfermagem: CORRELA: 802.276	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP - SE TUDO (surpreenda)			As 16:24 paciente admitida no	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //			setor para procedimento de	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg			fixação de fratura de fêmur, con-	
11. CURATIVO			ciente, orientada, avp em MSE.	
12. SSW + GGGG			SUU: PA: 127x77 mmHg, SpO2: 98%.	
13. Ducha Quente			P: 92 bpm	
14. Higienização de VE. O. S. U. C.			Ar 32:00h paciente admitida	
15. X12/12h			na SESA, sob efeitos anestésicos	

Celso Antonio Mendes Coimbra
 Ortopedista / Traumatologia
 CRM-PI: 19378 / 19378

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 23/10/2014

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

Ola A

J4 139

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
Prescrição Médica				
DATA 18/06/17				
01. DIETA LIVRE				10:00h 2ª alimentação
02. JELCO HIDROLISADO				plala 8. suco coado
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	24/06/17		montada, calma, fofos
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12/06/17	24/06/17		suco 98% mab, 01bul
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12/06/17	24/06/17		36°C 1 x 12/12 ao leite, su
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12/06/17	24/06/17		2.000g procedi mab curu
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (SIN)				gên
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				10:00h 2ª alimentação
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SIN)				pl 10:10h, pt 20a, admissão de maca
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				pl tratamento ortopedico (fx de fêmur "0")
41. CURATIVO				mlim de acidente motorista, acompanh de
12. SSVV + GCGG				mab, procedente de São Miguel de, Adalga
				01. Alega alega medicamentos
				00 12:00h verificacao
				de PA: 110x60mmHg
				15:20:30h pt wabm com 01bul

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

OME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
ATA 20/06/19		19		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DIETA LIVRE				
JELCO HIDROLISADO				
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
TRAMAL 100MG + 100ML SFQ 9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
GLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
CURATIVO				
SSVV + GCGG				
Heparina 5000 und SC 12ML				
Dr. João Soares Júnior Ortopedia Traumatologia CRM 7433				
OBSERVAÇÕES				
AS 10:30h: post segue no leito realma, comunicativa e cooperativo. Vem preceder PA = 140x90 mmHg.				
AS 15h: queda de A. 38,5°C, com suores. PA = 140x90 mmHg.				
AS 15:38: Vem precedido PA = 38,5°C, Administração de medicamento do item nº 9.				
AS 20:33: PA = 140x70 mmHg.				
pós queda 155x13 e				



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Amanda Soares de Sousa Reg. Same _____
Cirurgia: Fixação de fratura de fêmur Sala: _____
Cirurgião: Dr. Celso Auxiliar: Dr. Alexandre
Instrumentador: Lindoval Circulante: Fernanda e Dagner
Data: 19 / 06 / 18 Início: 16:24 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	GEDILANIDE- <i>Auton</i>		<i>01 amp.</i>		
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO <i>Tibit</i>		<i>01 amp.</i>		
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL <i>Apzhu</i>		<i>02 amp.</i>		
13	DECADRON		<i>01 amp.</i>		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		<i>01 amp.</i>		
18	ETERANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL <i>Apzhu</i>		<i>02 amp.</i>		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL <i>Auton</i>		<i>01 amp.</i>		
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<i>08 foras</i>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Amando Soares da Sousa</u>		Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____	
Apto.: _____			
Data <u>13/06/18</u>	P. Arterial	Pulso	Respiração
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina
			Hematócrito
			Glicemia
			Dos. Uréa
Exame de Urina			
Função Respiratória			
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma	
Sistema Respiratório		Assina	Bronquite
Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
Estado Mental		Corticóides	Atarácicos
		Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco	
<u>Osteossintese de Fêmur direito</u>			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio		
	1	<u>99% 99% 99% 99%</u>	
	2		
	3		
QUANTIDADE	Soluto 500		
	400		
	Sangue 300	<u>15ml 15ml 15ml 15ml</u>	
	200		
	Outros 100		
Temperatura	C	<u>36.5 36.5 36.5 36.5</u>	
Tº	240		
P. Arterial	220		
V	180		
A	160		
Pulso	150		
Início e Fim Anestesia	140		
X	120		
Início e Fim Operação	100		
	80		
	60		
Respiração	40		
	20		
	10		
SÍMBOLO			
Técnica:			
		TOTAL DE DOSES	
		<u>Supraco</u>	
		<u>Morfina 8mg</u>	
		<u>Cefazolin 2g</u>	
		<u>Opioide 2g</u>	
		SEQUÊNCIA	
		<u>Artemetor</u>	
		<u>2</u>	
		<u>Indometacina</u>	
		<u>4</u>	
		<u>Talofel 0.5g</u>	
		<u>6</u>	
		<u>gentil 0.2</u>	
		<u>8</u>	
		<u>9</u>	
		<u>10</u>	
		<u>11</u>	
		<u>12</u>	
		<u>13</u>	
		<u>14</u>	
		<u>15</u>	
		DURAÇÃO	
		Incidentes - Acidentes	

Dr. João Libório
Anestesiologista
CRM-Pi 6665

CRM Nº

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.070.728 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/14

NOME AMANDA SOARES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA FRANCISCA SOARES
ADÃO APRÍGIO DE SOUSA

NATURALIDADE SÃO JOÃO DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 21/08/1997

DIG. ORIGEM CERT.NASC. 6982 L A05 F 120V
EXP PAES LANDIM-PI 30/06/88

TERCEIRA - PI 618.786.413-10 ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 69.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

0416111

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR
3164096 SSP PI

CPF
046.400.203-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990



FUNÇÃO
JOSE DE RIBAMAR
SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. MS
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES

Ranyere Martins Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
DEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI320106570

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

PI CORRETORA
DE SEGUROS

07/09/2018

DPVAT

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604600285
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 007155221303 COB-RENAVAM BNLRC EXERCÍCIO 2018

FRANCIMAR FERREIRA DE SOUZA

CPF/CNPJ 0358221303

PLACA ANT/UF PGO-4127

ESPECIE TIPO PGO-4127

MARCA / MODELO GASOLINA

HONDA/CG 125 PAN RS

CATEGORIA 2013 2014

COB/POT/CL PARTICU VERMELHA

COB PREDOMINANTE

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

COB/CL VENC. COTA UNICA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013604600285 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 07/09/2018

PLACA PGO-4127

CPF/CNPJ 0358221303

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 PAN RS

ANO FAB. 2013

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

COB/CL 03

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 000,00

DETRAN (R\$) 000,00

IOF (R\$) 000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

CUSTO DO SEGURO (R\$) 185,50

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.245.088/0001-04

07/2017

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: AMANDA SARAIA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: RG-4.070.728-SSP-Pi
CPF: 648.780.413-10
Profissão: LABORADORA
Endereço: RODADO - FONTE DE FÁTIMA ZONA RURAL
CEP: 64.558-000 - São Miguel do Fidalgo - PI
Telefone: (99) 99420-8356 - 89-99456-2925

OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: RG-3.164.096-SSP-Pi
CPF: 046.400.283-42
Profissão: EMPREGADA
Endereço: AV. DOM - EXPEDITO LOPES 241 - JUREMA
CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
Telefone: (99) 99408-3583

ORIGINAL

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 LIDER 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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perda médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: AMANDA SARAIA DE SOUZA

Oeiras, 26 de outubro de 2018
Local e data

AMANDA Amanda Saraia de Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

BJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

4º Tabelionato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 286 - Centro - Oeiras - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AMANDA SARAIA DE SOUZA
DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Oeiras-PI, 26/10/2018.
Enol.: 3,7% TJ: 0,74 Selos: 0,26 Total: 4,71 Selos: ABJ.31240 (F60P5)

Elvane Moriz de Sa e Silva
ELVANE MORIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE COMPROVADA

☐ EVANGELINA DO CARVALHO DA F. FREITAS - TABELA ☒ ELVANE MORIZ DE SA E SILVA ☐ ELIZABETHA MOURIZ DE SA FORTES
☐ GILMARA CRISTINA DE SOUSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404489/18

Vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA

CPF: 618.786.413-10

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: AMANDA SOARES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

AMANDA SOARES DE SOUSA : 618.786.413-10

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: 07/11/2018
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL