
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

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: Nome completo da vítima:

618.786.413-10 AMANDA SPARES DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Name completo: *AMANDA SPARES DE SOUZA*

Profissão: <i>LAVRADOR</i>	Endereço: <i>Localidade - FONTE DE Fátima</i>	CPF: <i>618.786.413-10</i>
Bairro: <i>ZONA RURAL</i>	Cidade: <i>SÃO MIGUEL DO FIRME (60)</i>	Número: <i>511</i> Complemento: <i>-</i>
E-mail:		Estado: <i>PIAUÍ</i> CEP: <i>64558-000</i>
		Tel. (DDD): <i>89-99430-8353</i>

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA 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 do BANCO: *NOVA ESTE* *v7 NOV 2018*

AGÊNCIA: *[]* CONTA: *[]* (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *[]* CONTA: *320 66-0 DPVAT* (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 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.

ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Quinta P. 05.11.18*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | 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 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 COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CrediAmigo

Ban



Electrônico Use Díri

CARTÃO
BLOQUEADO

Desbloqueie
e use já.

Ligue agora

Capitais e
regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

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

16/06/2018 - 17:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO MIGUEL DO FIDALGO

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

LOCAL IDADE 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 Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 4.070.728 SSP PI

Mãe: MARIA FRANCISCA SOARES

Pai: ADÃO APRIGIO 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): 89-9420-8363

DRYAT
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN ES

Ano: Placa: Chassi:

2014 PGO4127 9C2JC4110ER401922

DRYAT

Cor:

00716529050 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 o 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

X AMANDA SOARES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Nilson A. de Mello
Delegado de Polícia Civil
Mat. 2712237



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

Mal. 271.225/1

MJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2018

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel. (DDD):
E-mail:				

AMANDA SOARES DE SOUSA

LAURADORA Localidade - FONTE DE FATIMA

ZONA RURAL SAO MIGUEL DO FIRDAUZI / GO

64558-000

89 99420 8353

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, com fatura comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *NORDESTE*

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento do 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 Le. 6.194/71, art. 3º, §º, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devir a incineração 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 civil tal pelo artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: *Quinta, 01.11.18*
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RISCO, 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.

DATA	SERVICO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
	CONSULTA - (DIAGNOSTICO) - ATENDIMENTO - EXAME - VISITA	
	<p style="text-align: center;">16/06/18</p> <p>Vítima de acidente de trânsito na via tubular proximamente ao coronavado no corredor + ferida na cabeça - contusão no lado esquerdo a dorso + contusão no lado direito de M.T.O.</p> <p>- protocolo: ① documentação ② colorimetria - urina ③ exames</p> <p>- em caso de suspeita de lesão de H.R.M. referir à ORTOPEDIA</p>	Cubas

CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO

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

Estado de São Paulo
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.546/0001-27

NOME DO PACIENTE

Amanda de Souza Soares

SEXO	CIVIL	IDADE	NACIONALIDADE	PROFISSÃO
------	-------	-------	---------------	-----------

F Solteira 21/08/1977

NOME DA MÃE

Maria Francisca Soares

NOME DO PAI

Adão Sprigio de Souza

ENDERECO

Ba. Fonte de Fátima

Nº DO REGISTRO

DATA DO REGISTRO

29/07/10

INSCRIÇÃO

A.M.S _____

DATA

25/7/10

SERVIÇO PRESTADOS

Consulta - Diagnóstico - Atendimento - Exame - Visita

Hb: 10,7 Ht: 36°C
80: normasRUBRICA DO
RESPONSÁVEL

01: 5. fevereiro

31/03/14

8:30 AM.

Início da evolução

Domingo 10/03/14
Ano 2014
Câmara Municipal de São Miguel do Fidalgo

~~20/03/14~~
 20/03/14 Gabinete C/ Adm. 22 + 4
 H. 10:15
 - o exame - Yo - (60)
 - endocrinologia - 14
 - P - ginecologia - 10

25/6/14

- Mama dolor
ao rebordo costela esquerda
eixo quebra, com sensação

26/8/14

(0 - tosse dura qd + Cda,
- inf. levar
- Vagite + VaginRogerio Palma
Ginecologista e Obstetra
CRM: 100305
3305

FICHA GERAL

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

Endereço de Fone:
 Prefeitura Municipal de
 São Miguel do Fidalgo
 Secretaria Municipal de Saúde
 N.P.J. 02744.546/0001-00

FICHA DO PACIENTE			
SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21-03-97	NATURALIDADE PROFISSÃO
NOME DA MÃE			
NOME DO PAI			
ENDERECO		Lar Fonte da Fátima	

Nº DO REGISTRO
DATA DO REGISTRO
INSCRIÇÃO
A.M.S.

DATA	SERVIÇO PRESTADOS	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
		Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
26/03/10	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita Assympt	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
31/03/10	Exame: Sintoma - exame	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
10/05/10	Exame de infecções em livello	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
25/05/10	Bnym	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
23/07/10	Dor de dor dia ECG normal	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410
	AAS - 100g - exame	
	- Diagnóstico: Enf	
07/11/10	Qd e reexame Babritas	Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PI 1410



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

Cel. 84 9 9800-0000
Prefeitura Municipal de
São Miguel do Fidalgo-PI
Secretaria Municipal de Saúde
NPJ 02744.546/0001

FICHA GERAL

AJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 NOV 2010

DPVAT

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. BRADESCO - SAB JORN DO PIAUÍ
CNPJ: 11.6 - SUPERMERCADO

Para contato com a
Embratel, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0475327-5

Nº da Nota Fiscal 012193937

A Tarifa Social da energia Elétrica - TSE foi criada pela Lei nº 10.435 de 25 de abril de 2001.

CONTA MÊS	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 FIRMINO - RGT: 171.643.07.88.002560

DADOS DA LEITURA	12800 KWH	11/10/2018
Aleatória:	12816	
Anterior:		11/09/2018
Apresentação:	83	12/11/2018
Concentra de Multiplicador:	83	09/10/2018
Consumo Medidor:	F0M	Próxima Leitura:
Consumo Total:		11/10/2018
Consumo Total:		Empóstio:
Consumo Total:		30
Consumo Total:		Apresentação:
Consumo Total:	NORMAL	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

CONSUMO | ESTACIONAMENTO | 14

ADICIONAL BANDEIRA CAMPEIA

ABU/18 - 33
JBL/18 73

JUN/13 77
JUN/13 76

MAI/38	73
ABR/18	66

MAR/18 86

REV/18 84
1AN/18 81

JAN/18 66
FEB/17 69

TARIFA SEMI TRILEGIO

BA 93 - 0.684870

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

CONFORME ART. 84, RES. 100/2010, VENCIMENTO DE FATTURAS DUELO PERÍODO DE 120 DIAS SERÁ ALTERADO PARA 150 DIAIS, IMPROVINTA MUDANÇA DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não prorrogaremos faturamento vencidos
nesta Unidade Consumidora.

**AS
NJ CORRETORA
DE SEGUROS**

87 NOV 2018

DPVAT

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

RESERVADO AO FISCO	50,15	IMPOSTOS/TRIBUTOS	60,22
COMPOSIÇÃO DA LONIA - RS			22,00%
Distribuição:	0,00	Baixa de Cálculo:	15,22
Energy:	0,00	Aliquota ICM:	0,68
Transmissão:	19,07	Valor da ICM:	3,17
Encargos:		Valor do IPB:	
Impostos:		Valor da CUMIN:	

STEFÍLIO MENDES

7/17/2018



Para Comprar em
Clementina, Infraestrutura
e Habitação

SEU COPIADE

118524

L-100047118 EMERGÊNCIA D12 [resg]
Av. Manoel da Cunha 73-9 - Centro/Sul - Teresina - PI
- HTE-06 845 22110200 29 1995 (44) 32 401 307-5
Nossa Senhora da Conceição Eletricista - Série D-1
Resgate efetuado no imóvel que ocupa o endereço S11/Acreg 98

H. H. Maier Local 012373363

• Verbaçoes de Fátima - Fátima Lemos (10 aulas de 30 min)

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

MANYERE MARTINS SILVA
AV DON EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 60004640028342
CEP: 64.500-000

DADOS DA LEITURA		ROT: 61.770.11.33.110800
	kWh	DATA DA LEITURA
Atual:	11870	16/10/2018
Anterior:	11771	14/09/2018
Consumo de 1º Alegria (kWh)	1.009	16/11/2018
Consumo Médio:	149	15/10/2018
Consumo Totalizado:	149	16/10/2018

NORMAL		DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/CDEA				
Grau de Iluminação	Urgência	Número Mandado	Peso	Código de	3478122 mensag	
HISTÓRICO CDEA	Máximo consumo	A1266414				
HISTÓRICO CDEA						
Máximo consumo						
SET/18	140	CONSUMO	149 A R\$ 0,834832 =	124,27		
AGO/18	151	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)			9,90	
JUL/18	125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	7,44			
JUN/18	138					
MAI/18	140					
ABR/18	121					
MAR/18	122					
FEV/18	120					
JAN/18	127					
DEZ/17	97					
TOTAL 2018	119					
PER 119 - 0,834832						

MESAJI İMPORTANTELİ DƏRƏCƏLƏRİNƏ YERLƏŞMƏ

Mes/Año valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, se função das contas reavaliadas neste faturamento. O seu pagamento poderá ensealar também a inclusão do nome do consumidor na SENACI. Informações ainda existentes) conselhos vendicados e as reavaliadas) no valor de R\$ 157,25 (valor histórico). Caso tenha realizado o pagamento favor de comprovar 2018 AVISO.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 MAY 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 sinistra, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ranger Martins Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 016-400-283-142,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ananda Soárez de Souza inscrito
 (a) no CPF sob o N° 016-400-283-142, do sinistro de DPVAT cobertura TRAVA IDE2 da Vítima
Ananda Soárez de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 618-786-413-130, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Esfavante Renda: Recesso 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. 299 do Código Penal.

Endereço	AV. DOM. EXCELENTE LOPEZ	Número	211
Bairro	JARDIM I	Estado	SP
Email	+	Telefone comercial (DDD)	11 2404-6500-000
	+	Telefone celular (DDD)	11 99408-3833

07/09/2018 de 2018
Local e Data

+ Ranger Martins Silva
Assinatura do Declarante

07 NOV 2018
DE CORRETORA DE SEGUROS

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 SAO MIGUEL DO PIRES/PI, no Estado de
PIAUIT, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
VILA IMPE - PEREIRO - ZONA RURAL, nº 516
complemento /, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima AMANDA SOARES DE SOUSA, cujo o condutor
AMANDA SOARES DE SOUSA.

Veículo: PAS- MOTO CICLE
Modelo: HONDA - CG - 125- FAN KS
Ano: 2013
Placa: P60-4127
Chassi: 9GJTCM110ER101922
Data do Acidente: 26-06-2018

Local e Data: Pi, 06/06/2018 SAO MIGUEL DO PIRES/PI
PIRES ANDRAI PIAUIT - NO MUNICÍPIO DE SAO MIGUEL DO PIRES/PI 16/06/2018

Francimar ferreira de souza
Assinatura do Declarante

PJ CORREDORA
DE SEGUROS
07 NOV 2018

DPVAT

AMANDA, Amanda soares de souza

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

4º Tabellonato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Olíciro, 296 - Centro - Ceará - PI - (0699) 3462-1251 / 9102 9315
e-mail: cartorioevangelina@gmail.com

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: AMANDA SOARES DE SOUSA
e FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA, DOU FE. EM TESTIMONIO
VERDADE. DEIRAS-PI, 26/10/2018. Ecol. 17.42 TJ:1.48 Selos. 52
Total: 19,42 Selos ABJ.31241 ABJ.31242 JF60P51

EVANGELINA DE CARVALHO DA FERIA - TAMBÉM **FRANCIMAR FERREIRA DE SOUSA**
ORLANDA CRUZIMA DE SOUSA

RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABJ 31241
ABJ 31242

CARTÓRIO DE OFÍCIO
Município de São Bento do Una
E-mail: cartorioevangelina@gmail.com

por AUTENTICADA

DATA	SERVIÇO PRESTADO	RUBRICA DO RESPONSÁVEL
	CONSULTA - (DIAGNÓSTICO) - ATENDIMENTO - EXAME - VISITA	
	<p style="text-align: center;">16/06/18</p> <p>Vítima (28 ANOS) - FEM NA VIDA TABACALAR PESO NORMAL DE CONSUMOS NO CORPO + SORVETE E CANDY - CANTOU NUNCA FUMOU A BOMBORE + MEDICAMENTOS PARENTEAL NO M.D.</p> <p>- PROBLEMAS: (1) FORMIGAMENTO (2) COLOREDORIA - SE (3) DOORES</p> <p>- ONDE ESTAVA A HABITAÇÃO DA VITIMA 28 HORAS VISTAS NENHUMA</p> <p style="text-align: right;">Luisa</p>	

CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO

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

Estado de São Paulo
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ 02.744.545/0004-27

DATA	SERVÍCIO PRESTADO	RÚBRICA DO RESPONSÁVEL
	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita	
05/09/15	Projeção do oco do esófago	DR FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA MÉDICO CRM-PI 1419
05/09/15	Exame de sangue	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
05/09/15	Exame de sangue	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
07/09/15	Exame de sangue + Exame de sangue	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
07/09/15	Exame de sangue - 100	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
11/09/15	Exame de sangue - 100	Dr. Francisco das Chagas Silva MÉDICO CRM-PI 1419
12/09/15	Exame de sangue	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				
	19/11/15	Por mamário		Dr. Francisco das Chagas MÉDICO CAMP. 11419
	US 19/11/15 = normal			

Lendo o Povo

Secretaria Municipal de

— Miguel de Fidalgo

www.MunicipalPe.com

FICHA DO PACIENTE				
SEXO F	E. CIVIL	DT. NASC. 21/08/97	NACIONALIDADE	PROFISSÃO
NOME DA MÃE				
NOME DO PAI				
ENDERECO Lar Fonte da Fátima				
DATA 29/05/15	SERVIÇO PRESTADOS			RUBRICA DO RESPONSÁVEL Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita Alimentação			
31/05/15	Exame de sangue - Eletrocardiograma			Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	Exames de infectologia com resultado			
25/05/17	Consulta			Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	Balanço			
23/05/17	Dois exames digitais			Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	ECG Normal			
07/11/17	AAIS - 100g dia			Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	Praticas de higiene			
07/11/17	PF = 120 e somente			Dr. Francisco das Chagas Silveira MEDICO CRM-PB 1410
	Exame de urina			
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PB SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				



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

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

FICHA GERAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

01 NOV 2018

DPVAT

NOME DO PACIENTE				Nº DO REGISTRO
SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	NACIONALIDADE	PROFISSÃO
Eduarda de Souza Soares F Solteira 21/08/1977				
NOME DA MÃE				DATA DO REGISTRO
Maria Francisca Soares				29/07/10
NOME DO PAI				INSCRIÇÃO
Ados Aprigio de Souza				
ENDEREÇO				A.M.S. _____
Av. Fonte de Fátima				
DATA	SERVIÇO PRESTADOS			RUBRICA DO RESPONSÁVEL
	Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento - Exame - Visita			
23/07/10	16:10:17	AT: 36° C		
	80: normas			
	01: 5. fevereiro			
31/03/14	Anamnese de paciente			
8:30 AM				
20/07/14	Exame ginecológico			
10:00 AM	H. Palp. +			
- exame E7-40-160				
- maturação 500 - 11				
- 12 - 0 mm óstio xer				
25/07/14	Man. mts			
	ex inter! colhido sanguinolento lige gradens, com escamas			
26/08/14	Rogério Palmeira Ginecologista Aposentado CRM: 1305			
(0 - 1000000000 + 000)				
1000000000 + 000				
1000000000 + 000				
1000000000 + 000				
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo-PI	FICHA	GERAL	Elojane	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				



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

FICHA GERAL

Estado de São Paulo
Prefeitura Municipal de São Miguel do Fidalgo
Secretaria Municipal da Saúde
CNPJ 02.744.549/0001-10

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

4 - CNES

2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMANDA SOARES DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

173468

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002338809604

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/08/1997

9 - SEXO

Masc. [] Fem. [X] 2

10 - NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA SOARES

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9942-08353

12 - ENDEREÇO

MONTE DE FATIMA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAO MIGUEL DO PÍDALGO

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2210391

15 - UF

PI

CEP

64558-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Facultativa e mandibular
migração febre de fare
d e febre de fare*

*CORRETORA
DE SEGUROS*

07 NOV 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Respiratória

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

Receita Olhar 11-07-2018

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

Febre

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Febre

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Febre

26 - CLÍNICA

Febre

27 - CARATÉR DA INTERNAÇÃO

Febre

28 - DOCUMENTO

Febre

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Febre

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Febre

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Febre

32 - ASS. E CARIMBO DO CRM

Febre

CUNEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

17/06/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

Hospital Regional Floriano Piauí

37 - Nº DO BILHETE

CONFIRA CON O ORIGINAIS

38 - SÉRIE

CONFIRA CON O ORIGINAIS

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

CONFIRA CON O ORIGINAIS

39 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

CONFIRA CON O ORIGINAIS

40 - CNAE EMPRESA

CONFIRA CON O ORIGINAIS

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESINTEGRADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF 078.977.823-87

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Atendimento: 1062225
Data: 17/06/2018
Hora: 7:37

BOLETIM DE ADMISSÃO

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 - CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

CPF: 618.786.413-10

RG: 4.070.728 ssp -pi

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: MONTE DE FATIMA, N° 0 - CEP: 64558-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2210391- SAO MIGUEL DO

Profissão: LAVRADOR

Telefone: ()

Pai: ADAO PRIGIO DE SOUSA

Mae: MARIA FRANCISCA SOARES

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

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:	Resultado	Adm.: / /	Alta: / /
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> -48 Horas ..		
	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> +48 Horas		
	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Obito		
	<input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Indisciplina		
	Transferido		

História Clínica

Doente vitígeo de pele de septicemia
fever febre de febre

PA CORRETORA
DE SEGUROS

01 AGV 2018

Diagnóstico Provável

fx de febre

DPVAT

Celso Antônio de Oliveira
CRM-PI 13160
Oftalmologia
13235

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI/PI
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA: 23/06/2018
ASSIN.

Evolução Clínica



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3622-1323

BOLETIM CIRÚRGICO

1062225 - AMANDA SOARES DE SOUSA

Data: 17/06/2018

Diag. Cirúrgico: Fix de fêmur D.

Cirurgia: Reduçao Ortopédica + Fixar

Descrição da Cirurgia:

- 1º Preparo ecol desidratado sob respiro antero.
- 2º Desnudo + instrumentos + especias e lâminas báteras
- 3º Aciso ecol fêmur D.
- 4º Reduzir fratura
- 5º Fixação com placa e Parafusos;
- 6º Fechamento par plástico
- 7º Curativo

Cirurgião:

CR 60 ANTONIO VENDRAMINI COMBRA
CONSELHO DE TECNICO DE MEDICINA DO PIAUÍ
CAMPUS PI 2018 TÉL: (89) 3522-1323

Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

RAQUI
 CAUDAL

GERAL
 TRONCULAR

OUTRAS:

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFIRA CONO ORIGINAL
DATA 23/06/2018
ASSIN.



HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES

CHECK LIST PRE-OPERATORIO

do Cliente: Amor de Deus

Data de nascimento: 01/08/97

Idade: 173468 Enf/ Leito: J41/4 Data do Procedimento: 19/08/18

Elemento Cirúrgico: Fx Jejunum C
ra de Identificação: Sim Não Horário SSVV: T: 36.5°C FC: 115 bpm FR: 19 lpm PA: 100/760 mmHg
na Capilar: — mg/dl Acesso Venoso: Periférico Central (especificar local, calibre e nº de dias) 1mg 1 h

) SNE (Drenos (especificar):

Jejum: Sim Não A partir das:

São Pré-Anestésica: Sim Não Avaliação Cardiológica: Sim Não Utiliza Anticoagulante: Sim Não Último horário:

Cirúrgico Demarcado: Sim Não Adomos Retirados: Sim Não Utiliza Prótese Dentária: Sim Não
antisséptico: Sim Não Tricotomia: Sim Não Camisola, gorro e pro-pés: Sim Não

as: Sim Qual: Não Exames essenciais disponíveis: Sim Não

crobiano Profilático: Sim Hora: 15:44
ário completo com ficha de internação: Sim Não Hora do Encaminhamento ao CC:

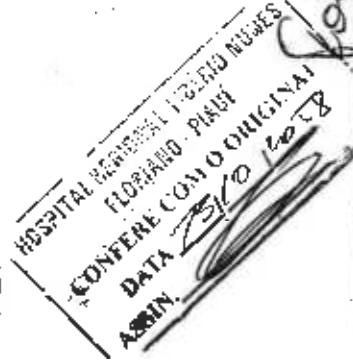
RVAÇÕES:

*Hospital Regional Tiberio Nunes
Floriano - PI
CONFIRMADO ORIGINAL
DATA: 21/08/2018
ASSIN.*

Natura e carimbo:

*Patrícia Oliveira Queiroz de F. Lopes
Enfermeira de Enfermagem*

TECNICO DE ENFERMAGEM



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

HOSPITAL REGIONAL TIBET FLORIANO-PI

PIRELLA FIORIANO-PI

~~possibly been~~

RESCRIÇÃO MÉDICA

115

卷之三

01. DIETA LIVRE

66 CO HINDO ISLAND

WZ. JELCO ALBRECHT

03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP V DE 12/12 FUR

M CEEAI OTINA 1G = 01 AMP V DE 6/6 HORAS

U4: USE ACCORDING TO THE INSTRUCTIONS

05. DIPIRONA 1G - 01 AMP/IV DE 6/6 HURAS

06 TITATIL 20MIG - 01 AMP. IV DE 12/12 HORAS

ESTATE PLANNING

G.F. TRAVAIL / COMMUNICATIONS

08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DA

00 B1 ASII -01 AMPM DE 8/8 HORAS (S/N)

U.S. FREIGHT & CARGO AIRLINES INC.

10, CAPTOPRIL 25 mg SL se PA, 1BUX 10, 1

11. CURATIVO

15. 000001-6666

12. SSW + 3000

卷之三

卷之三

Coca Cola

卷之三

1-4

Dr. S. S.

FLORIANÓPOLIS					
NOME / APELLIDO		DATA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
HORÁRIO MEDICAÇÃO					
01. DIETÁ LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + GGGG					
<i>Colocar gelo. Rodar liso</i>					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
ELIO QUBIANO-PB**

CLASSICAL

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	19	ORTOPEDIA	
					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
DATA	13 / Oct / 19	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
01. DIFERENTRE	Dra. Renata					
02. JELCO HIDROLISADO	06					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18					
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFG 9% IV BIB HORAS (S/N)	12					
08. CT-EXAME 40mg - 01 AMP-SEPTIDA (cunhado)						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSW + GGG						
13. Dra. Cecília	06					
14. Higienização de feridas	06					
15. ORTHO	10					
16. Serra	06					
17. Serrilha	06					
18. Serrilha	06					
19. Serrilha	06					
20. Serrilha	06					
21. Serrilha	06					
22. Serrilha	06					
23. Serrilha	06					
24. Serrilha	06					
25. Serrilha	06					
26. Serrilha	06					
27. Serrilha	06					
28. Serrilha	06					
29. Serrilha	06					
30. Serrilha	06					
31. Serrilha	06					
32. Serrilha	06					
33. Serrilha	06					
34. Serrilha	06					
35. Serrilha	06					
36. Serrilha	06					
37. Serrilha	06					
38. Serrilha	06					
39. Serrilha	06					
40. Serrilha	06					
41. Serrilha	06					
42. Serrilha	06					
43. Serrilha	06					
44. Serrilha	06					
45. Serrilha	06					
46. Serrilha	06					
47. Serrilha	06					
48. Serrilha	06					
49. Serrilha	06					
50. Serrilha	06					
51. Serrilha	06					
52. Serrilha	06					
53. Serrilha	06					
54. Serrilha	06					
55. Serrilha	06					
56. Serrilha	06					
57. Serrilha	06					
58. Serrilha	06					
59. Serrilha	06					
60. Serrilha	06					
61. Serrilha	06					
62. Serrilha	06					
63. Serrilha	06					
64. Serrilha	06					
65. Serrilha	06					
66. Serrilha	06					
67. Serrilha	06					
68. Serrilha	06					
69. Serrilha	06					
70. Serrilha	06					
71. Serrilha	06					
72. Serrilha	06					
73. Serrilha	06					
74. Serrilha	06					
75. Serrilha	06					
76. Serrilha	06					
77. Serrilha	06					
78. Serrilha	06					
79. Serrilha	06					
80. Serrilha	06					
81. Serrilha	06					
82. Serrilha	06					
83. Serrilha	06					
84. Serrilha	06					
85. Serrilha	06					
86. Serrilha	06					
87. Serrilha	06					
88. Serrilha	06					
89. Serrilha	06					
90. Serrilha	06					
91. Serrilha	06					
92. Serrilha	06					
93. Serrilha	06					
94. Serrilha	06					
95. Serrilha	06					
96. Serrilha	06					
97. Serrilha	06					
98. Serrilha	06					
99. Serrilha	06					
100. Serrilha	06					
101. Serrilha	06					
102. Serrilha	06					
103. Serrilha	06					
104. Serrilha	06					
105. Serrilha	06					
106. Serrilha	06					
107. Serrilha	06					
108. Serrilha	06					
109. Serrilha	06					
110. Serrilha	06					
111. Serrilha	06					
112. Serrilha	06					
113. Serrilha	06					
114. Serrilha	06					
115. Serrilha	06					
116. Serrilha	06					
117. Serrilha	06					
118. Serrilha	06					
119. Serrilha	06					
120. Serrilha	06					
121. Serrilha	06					
122. Serrilha	06					
123. Serrilha	06					
124. Serrilha	06					
125. Serrilha	06					
126. Serrilha	06					
127. Serrilha	06					
128. Serrilha	06					
129. Serrilha	06					
130. Serrilha	06					
131. Serrilha	06					
132. Serrilha	06					
133. Serrilha	06					
134. Serrilha	06					
135. Serrilha	06					
136. Serrilha	06					
137. Serrilha	06					
138. Serrilha	06					
139. Serrilha	06					
140. Serrilha	06					
141. Serrilha	06					
142. Serrilha	06					
143. Serrilha	06					
144. Serrilha	06					
145. Serrilha	06					
146. Serrilha	06					
147. Serrilha	06					
148. Serrilha	06					
149. Serrilha	06					
150. Serrilha	06					
151. Serrilha	06					
152. Serrilha	06					
153. Serrilha	06					
154. Serrilha	06					
155. Serrilha	06					
156. Serrilha	06					
157. Serrilha	06					
158. Serrilha	06					
159. Serrilha	06					
160. Serrilha	06					
161. Serrilha	06					
162. Serrilha	06					
163. Serrilha	06					
164. Serrilha	06					
165. Serrilha	06					
166. Serrilha	06					
167. Serrilha	06					
168. Serrilha	06					
169. Serrilha	06					
170. Serrilha	06					
171. Serrilha	06					
172. Serrilha	06					
173. Serrilha	06					
174. Serrilha	06					
175. Serrilha	06					
176. Serrilha	06					
177. Serrilha	06					
178. Serrilha	06					
179. Serrilha	06					
180. Serrilha	06					
181. Serrilha	06					
182. Serrilha	06					
183. Serrilha	06					
184. Serrilha	06					
185. Serrilha	06					
186. Serrilha	06					
187. Serrilha	06					
188. Serrilha	06					
189. Serrilha	06					
190. Serrilha	06					
191. Serrilha	06					
192. Serrilha	06					
193. Serrilha	06					
194. Serrilha	06					
195. Serrilha	06					
196. Serrilha	06					
197. Serrilha	06					
198. Serrilha	06					
199. Serrilha	06					
200. Serrilha	06					
201. Serrilha	06					
202. Serrilha	06					
203. Serrilha	06					
204. Serrilha	06					
205. Serrilha	06					
206. Serrilha	06					
207. Serrilha	06					
208. Serrilha	06					
209. Serrilha	06					
210. Serrilha	06					
211. Serrilha	06					
212. Serrilha	06					
213. Serrilha	06					
214. Serrilha	06					
215. Serrilha	06					
216. Serrilha	06					
217. Serrilha	06					
218. Serrilha	06					
219. Serrilha	06					
220. Serrilha	06					
221. Serrilha	06					
222. Serrilha	06					
223. Serrilha	06					
224. Serrilha	06					
225. Serrilha	06					
226. Serrilha	06					
227. Serrilha	06					
228. Serrilha	06					
229. Serrilha	06					
230. Serrilha	06					
231. Serrilha	06					
232. Serrilha	06					
233. Serrilha	06					
234. Serrilha	06					
235. Serrilha	06					
236. Serrilha	06					
237. Serrilha	06					
238. Serrilha	06					
239. Serrilha	06					
240. Serrilha	06					
241. Serrilha	06					
242. Serrilha	06					
243. Serrilha	06					
244. Serrilha	06					
245. Serrilha	06					
246. Serrilha	06					
247. Serrilha	06					
248. Serrilha	06					
249. Serrilha	06					
250. Serrilha	06					
251. Serrilha	06					
252. Serrilha	06					
253. Serrilha	06					
254. Serrilha	06					
255. Serrilha	06					
256. Serrilha	06					
257. Serrilha	06					
258. Serrilha	06					
259. Serrilha	06					
260. Serrilha	06					
261. Serrilha	06					
262. Serrilha	06					
263. Serrilha	06					
264. Serrilha	06					
265. Serrilha	06					
266. Serrilha	06					
267. Serrilha	06					
268. Serrilha	06					
269. Serrilha	06					
270. Serrilha	06					
271. Serrilha	06					
272. Serrilha	06					
273. Serrilha	06					
274. Serrilha	06					

BRUNA LIMA SILVA FERREIRA JUNIOR
ALIANÇA - PAUL
COLEÇÃO COM O ORIGINA!
DATA 23/3/2014
ASSIN.

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

4

៨៩

NOME PRESCRIÇÃO MÉDICA		ALA	ENF. OU PFT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO MEDICAÇÃO	
				OBSERVAÇÕES	
01. DIETÁ LIVRE				10/10h 9g d. associado a diarreia	
02. JELCO HIDROLISADO		180g	180g	p1 elo A nega constipação	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)	120g	180g	compostada, calma, tosse	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		120g	180g	suposição 98% nega, global	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		120g	180g	36,7°C existente, no resto, neg	
06. TILATIL 200MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		120g	180g	2,000mg, procedida noite, curva	
07. TRAMAL 1000MG + 1000MG SFO 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		120g	180g	gênes	
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSWV + OCGG					
<i>Nota lata e forte</i>					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**



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 Souza Reg. Same: _____
Cirurgia: Fixação de fratura de fêmur Sala: _____
Cirurgião: Dr. Celso Auxiliar: Dr. Alexandre
Instrumentador: Lindoval Circulante: Fernandê e Diogmar
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>Autox</i>		01 amp.		
08	CLORETO DE POTASSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLIRIO <i>Tibit</i>		01 amp.		
11	CEFALOTINA 1g	<i>Opazilus</i>			
12	CLORAFENICOL <i>Opazilus</i>		02amp.		
13	DECADRON		01 amp.		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL		01 amp.		
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL <i>Opaxia</i>		02amp.		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INQVAL <i>Autox</i>		01 amp.		
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETAVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGMINE				
33	POMADA OFTALMOLOGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		08 fols		
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>Antônio Soares de Souza</u>		Registro:					
Enf.:	Leito:	Apto.:					
Date <u>19/06/18</u>	P. Arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematínia	Hemoglobina	Hemotocrito	Glicemia	Dos. Uréia	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina	Brenquito		
Sistema Digestivo			Sistema Urinário				
Estado Mental			Corticóides	Ataráxicos	Outros		
Diagnóstico Pré-Operatório			Risco				
Osteosíntese de Fratura							
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:	Efeitos:			
Agentes Anestésicos	Oxigênio	50% / 35% / 30% / 25%					
	1						
	2						
	3						
QUIDO	Soluto	500	Supraventricular				
		400	Morfina 8 g				
	Sangue	300	Cetozelina 2 g				
		200	Diazepam 5 mg				
	Outros 100						
Temperatura T°	C	36	SEQUÊNCIA				
		24	Anestesia				
		22	Endo-séptico				
		20	Tuladil olho				
P. Arterial V A	38	180	Geral 10				
		160	2				
		140	4				
		120	6				
Pulso	36	150	8				
		130	9				
		110	10				
		90	11				
Início e Fim Anestesia X	34	100	12				
		80	13				
		60	14				
		40	15				
Início e Fim Operação	32	20					
		10					
		0					
		0					
Respiração O	30	10					
		20					
		30					
		40					
SÍMBOLO		bônus					
Técnica:		Incidentes - Acidentes					
TOTAL DE DOSES							
Supraventricular							
Morfina 8 g							
Cetozelina 2 g							
Diazepam 5 mg							
Anestesia 2							
Endo-séptico 4							
Tuladil olho 6							
Geral 10							
2							
4							
6							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
DURAÇÃO							



BIOSÍNTESE

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

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

FILIAL
Av. das Holandesas 0133 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Cefet
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 93.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

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

Nome do Hospital: Regional Tocantins
C.N.P.J. 06.553.504/0103-62
Assinatura: Edilson Ribeiro da Silva
Cargo: Enfermeiro
Nome: _____

Código Ropm Nº	DESCRIPÇÃO DO MATERIAL
LW6157063220401	1 Placa Retangular de Furos larga
L09498538	1 Paraf. cost. Par. 1,75 4,5x36
L0949865	1 Paraf. cost. Par. 1,75 4,5x30
0949658	1 Paraf. cost. Par. 1,75 4,5x34
L0949558	3 Paraf. cost. Par. 1,75 4,5x32

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 16/06/2018

DATA DA ALTA: _____

PACIENTE - Nome: Augusto Soares de Souza

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: 143468

Data da Internação: 16/06/18

Procedimento Médico Realizado: Mudar Coimbra

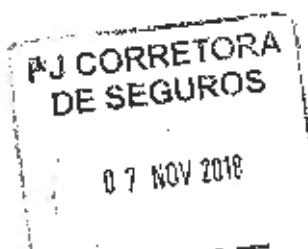
Indicador de Compatibilidade: mede e traz para a loja

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

CRM Nº: _____

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.070.728	DATA DE EXPEDIÇÃO	10/06/14
NAME	AMANDA SOARES DE SOUSA		
FILIAÇÃO			
MARIA FRANCISCA SOARES			
ADÃO APRÍGIO DE SOUSA			
NATURALIDADE			
SÃO JOÃO DO PIAUÍ-PI	DATA DE NASCIMENTO		
DOC. ORIGEM	21/08/1997		
CERT. NASC. 6982 L A06 F 120V			
EXP PAES LANDIM-PI	20/06/83		
TERESINA - PI	Pedro Tomás Moraes		
618.786.413-10	Assinatura do Diretor		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 66.280/83			





EJ CORRETORA
DE SEGUROS

07/09/2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013604600285

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PI Nº 013604600285 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

DENATRAN

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018
1/VA		NO MÉ	
0061	FRANCIMAR TERRAPETRA LT	S0028	
9621	*****	*****	
660b	*****	*****	
0074	*****	*****	
7c5b	*****	*****	
4034	*****	*****	

VA	0071652903	RENAVAM	07/10/2018

<tbl_r cells="4" ix="4" maxcspan="1" maxrspan="

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: AMANDA SOARES DE SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 4.070.728 - SS - PI
CPF: 618.780.113-10
Profissão: ALUNA
Endereço: POVOADO - FONTE DE FAÍM - ZONA RURAL
CEP: 64550-000
Telefone: (64) 99120-8356 - 89-99456-2925

OUTORGADO:

Nome: RAMON VIEIRE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 35.164.096-SSP-PI
CPF: 016.400.282-43
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV. 10M - EXPEDIO 108 - 211 - JACARECAMA
CEP: 641500-090
Telefone: (64) 99458-3583

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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

AMANDA SOARES DE SOUSA

BJ CORRETORA
DE SEGUROS

OFÍCIO

07/10/2018

Local e data

07 NOV 2018

AMANDA SOARES DE SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabellonato de Notas, Ofício de Registro Civil e Anexos
rua Miguel Olivoira, 286 - Centro - Ceará - PI - (0xx89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: cartorioevangelho@gmail.com

RECONHEÇO FUI AUTENTICIDADE A FIRMA DE: AMANDA SOARES DE SOUSA,
DNI: FE, EM TESTIMÔNIO DA VERDADE. CEIRAS-PI, 26/10/2018.
Evol.: 13,70 TJ: 0,74 Selos: 0,26 Total: 14,71 Selos: ABJ.31240 (F60P5)
ELIVANE MARIZ DE SA E SILVA-ESCREVENTE COMPROMISSADA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404489/18

Vítima: AMANDA SOARES DE SOUSA

CPF: 618.786.413-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2018

Titular do CPF: AMANDA SOARES DE SOUSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RANYERE MARTINS SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL