

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, PJR Consulta pr, PJR 0825246-57, Baixar o arq, (34) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=602324&ca=4b7c3096d74a3600ca0134851e5a7df0e73...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: ProceComCiv 0825246-57.2020.8.18.0140
ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

Search bar: 13774076 - CONTESTAÇÃO (2772740 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/12/2020 10:25:45

Left sidebar: 15 Dec 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
13774070 - CONTESTAÇÃO
13774076 - CONTESTAÇÃO (2772740 CONTESTACAO 01)
13774082 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
13774285 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
13774288 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
13774290 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 12
2772740- CS/ 2020-04517/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08252465720208180140

Taskbar: Windows icons, PT, 10:26, 15/12/2020



Número: **0825246-57.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA (AUTOR)		CLAUDIA MARIA TERTULINO COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13774082	15/12/2020 10:25	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251444

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15946790

Pag. 01395/01396 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251444

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00231/00232 - carta_11 - INVALIDEZ

00060116



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 899.266.093-68 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Batista Moreira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Batista Moreira 6 - CPF: 899.266.093-68
7 - Profissão: Paralelo 8 - Endereço: RS Judite Nunes 80-6 BL-09 9 - Número: 101 10 - Complemento: Apartamento
11 - Bairro: Plaza Miudo 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64038-305
15 - E-mail: luanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4987 CONTA: 415027 AGÊNCIA: CONTA:

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 do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador, (se houver)

001 V002/2019

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU

DATA: 08/11/2019 HORA: 10:49:04

TERMINAL: 20041024 CONTROLE: 200410240267

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1987 013,00115027-0

NOME: ANTONIO FRANCISCO B MOREIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 181413027

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



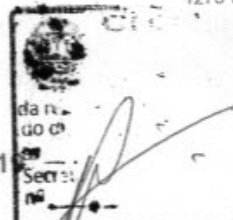


Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1270 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001304/2019-1

Complementar ao BO Nº: 106495.001303/2019-74



Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Moizes Pereira Diniz Filho

Data/Hora: 15/08/2019 - 11:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

595187

~~559175~~

Data/Hora

19/07/2019 - 08:00

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

DELEGACIA DE BARRAS - PI, Nº:

Complemento

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

RG: 3027813

Endereço: BARRAS-PIAUI, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. OUTROS

Condutor: ANONIO

Cidade: MATIAS OLÍMPIO UF: PI Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

PIH3818

9C6RG3140J0016579

Renavam:

01160611693

Cor:

Branca

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante relata que estava trafegando na rodovia estadual PI que liga a cidade de Batalha e Barras, que fica próximo ao comercial do seu José Antero quando um animal (bode) entrou na pista, que a vítima não conseguiu evitar a colisão, que ao bater no animal perdeu o controle da motocicleta caindo no chão, que devido a queda a vítima machucou o rosto (segundo prontuário médico apresentado), que após o acidente um transeunte que passava pelo local socorreu a vítima levando a mesma para cidade de Barras, a vítima foi atendida e depois transferida para cidade de Teresina -PI, onde foi internada e após alguns dias passou por cirurgia (segundo prontuário apresentado) após a cirurgia a vítima recebeu alta no dia 24/07/2019.

Moizes Pereira Diniz Filho - Mat.
AGENTE DE POL

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Kelly Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat. - 136.331-7

Ocorrência emitido em: 15/08/2019 11:10 - SisBO@2011-2019 AT1

Página 1/1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 10:25:45

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121510254426300000013027420>

Número do documento: 20121510254426300000013027420

Num. 13774082 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

899.266.093-68

Antonio Francisco Batista Moreira

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

5 - Nome completo:

Antonio Francisco Batista Moreira

6 - CPF:

899.266.093-68

7 - Profissão:

Paralelo

8 - Endereço:

R5 Judite Nunes 80-6 BL-09

9 - Número:

101

10 - Complemento:

Apartamento

11 - Bairro:

Pedra Branca

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64038-305

15 - E-mail:

luisanseguros@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1987

CONTA:

415027

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obtido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1.001 V002/2019



SUS

SAMU BARRAS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



Juntos, construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B. DATA: 19/07/19
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SAMU Barra
NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 38 anos
SAÍDA DO P.A.: 09:20 CHEGADA AO LOCAL: 09:21
SAÍDA DO LOCAL: 09:23 CHEGADA AO HOSPITAL: 09:24

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

SK=
CB=

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☐
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x90mmHg
PULSO 93
RESPIRAÇÃO 18

Satur = 98%

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☐ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210
CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3242-1544
BARRAS-PI

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CARTÃO DO SUS

CPF

IDENTIDADE

DATA DO NASCIMENTO

PROFISSÃO

SEXO

38 ANOS

M

ENDEREÇO:

NÚMERO: SN

TELEFONE

MUNICÍPIO

ESTADO

TERESINA

PI

CEP: 64100-000

BAIRRO:

FILIAÇÃO

PAI: JOSÉ ANTONIO DAVI

MÃE: FRANCISCA BATISTA MOREIRA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

HORA: 09:24

9/07/2019

MOTIVO DO ATENDIMENTO

paciente com dor no peito, tosse com expectoração amarelada, febre, mal-estar, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, dispnéia, rubor de mucosas, icterícia, edema de membros inferiores, náusea, vômito, diarréia, constipação, prisão de ventre, alteração do apetite, alteração do sono, alteração da memória, alteração da atenção, alteração da concentração, alteração da percepção, alteração da sensibilidade, alteração da consciência, alteração da orientação, alteração da comunicação, alteração da interação social, alteração da personalidade, alteração da identidade, alteração da imagem corporal, alteração da autoimagem, alteração da autoestima, alteração da autoconsciência, alteração da autoconfiança, alteração da autoeficácia, alteração da autovalorização, alteração da autorespeito, alteração da autoafirmação, alteração da autoexpressão, alteração da autoconhecimento, alteração da autoaceitação, alteração da autovalorização, alteração da autorespeito, alteração da autoafirmação, alteração da autoexpressão, alteração da autoconhecimento, alteração da autoaceitação.

GL:

PA: 130 x 90 mmHg

TP°C:

STO2: 95%

F.C:

P: 93 bpm

DIAGNÓSTICO

Infarto do miocárdio

TRATAMENTO REALIZADO

Aspirina 100mg - 1 comprimido

Atorvastatina 20mg - 1 comprimido

Atorvastatina 20mg

Atorvastatina 20mg - 1 comprimido

Atorvastatina 20mg - 1 comprimido

Atorvastatina 20mg - 1 comprimido

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() CONSULTA BÁSICA CURATIVO

() AEROSO

() RETIRADA DE PONTO

() DRENAGEM DE ABCESSO

() PRESSÃO ARTERIAL

() RAIO X

() RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

() SUTURA CIRURGICA

() MOBILIZAÇÃO

() PEQUENA CIRURGIA

() ECG

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



1.43.348 20200116121908

NOME/ENDEREÇO
MORADOR VALQUIRIA DA SILVA LOUREIRO

CON JUDITE NUNES Q---G-BL-09-AP-101-PEDRA
CIDADA-TERESINA-PI-cep:64038305

LOCALIZAÇÃO
011-00036-000355

GRUPO
011

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A16F181096

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
02/2019	Lido	12	12
03/2019	Lido	15	15
04/2019	Lido	06	06
05/2019	Minimo	00	00
06/2019	Lido	03	03
07/2019	Lido	02	02

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3
13

PS. PAGER
86,84x1,65% = 1,41

COFINS
86,84x7,68% = 6,53

DATA
ANTERIOR 16/12/2019
ATUAL 16/01/2020

LEITURA
185

198

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3 E (%)	VALOR
0	0 - 10	5,00
1	10 - 20	5,71
2	20 - 30	6,43
3	30 - 40	7,14
4	40 - 50	7,86
5	50 - 60	8,57
6	60 - 70	9,29
7	70 - 80	10,00
8	80 - 90	10,71
9	90 - 100	11,43

DESCRÇÃO
VALOR REFERENTE AGUA - 47,80
> Residencial-Normal
VALOR DE ESGOTO - 38,24
> Residencial-Normal

REF. VALOR
13,0 m3 47,80
13,0 m3 38,24

VENCIMENTO
28/01/2020

TOTAL A PAGAR
86,04

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

11.445/2007, Art. 40, inciso V e n.º 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e n.º 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
TURBIDEZ	2177	2142	35	6,61	5,00-9,50
COLIFORMES TOTAIS	3258	3230	28	1,21	5,00-9,50

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUECHIA COL	1371	1371	0	Ausente	Ausente
	1371	1371	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 12:19

1.43.348 20200116121908

MATRÍCULA
28305540-5

FATURA Nº
150217062

MÊS / ANO
1/2020

VENCIMENTO
28/01/2020

VALOR A PAGAR
86,04

8261000000-7 86041535000-5 00202015021-1 70620100104-9



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
12/2019	27/12/19	78,86			
11/2019	05/12/19	106,60			

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
cepisa

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

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

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 02/07/2019 CONSUMO (kWh) 205 TOTAL A PAGAR (R\$) 208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20555	25/06/2019
Anterior:	20350	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão: 24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação: 25/06/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28
MAI/19 204	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19
ABR/19 178	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81
MAR/19 243	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79
FEV/19 297	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88
JAN/19 365	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44
DEZ/18 57	
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
2 H 205 - 0,617497

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 37,03	Base de Cálculo: 188,28 137,44
Energia: 71,55	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 12,10	Valor do ICMS: 50,83
Encargos: 5,92	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 61,68	Valor do COFINS: 8,92

Tributos:	61,68							
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração: 04/2019	ENSD: 62,87



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 10:25:45

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121510254426300000013027420>

Número do documento: 20121510254426300000013027420

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 COAF**².

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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Francisco Batista Moreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 899.266.093/68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Francisco Batista Moreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 899.266.093/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 06 de Novembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante





CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

OECISMACAS que autismo fransisco
Bazila Maveira, foi vítima de acidente de
travertino, fato ocorrido em 19.07.2019 às
800Hr, tendo sofrido forte trauma facial,
curtando com fraturas que atingiu ao
nariz, onde foi realizado cirurgicamente
atender de osecasurade, com alta defini-
tiva, Relata com sequelas: cefaleia
insucessa, Intomia contuiva, com
comprometimento funcional de 70%

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

07.07.2020

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que Antonio Francisco
Baptista de Oliveira, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 19.07.19 às
8:00hs, onde sofreu forte trauma na
face, causando esse dano ao nariz,
tendo sido tratados de forma conser-
vadora, complacendo com fisio-
terapia, com alta definitiva, nota-
ta como sequelas: fortes dores
com limitação do ato investigatório.
com comprometimen-
to funcional de 70%

Edimar

08.12.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





SUS

SAMU BARRAS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B DATA: 19/07/19
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SAMU Barra
NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 38 anos
SAÍDA DO P.A.: 09:20 CHEGADA AO LOCAL: 09:23
SAÍDA DO LOCAL: 09:23 CHEGADA AO HOSPITAL: 09:24

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

SK-
CB-

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☐
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x90mmHg
PULSO 93
RESPIRAÇÃO sat = 98%

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☐ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTREGA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE


HOSPITAL DE DESTINO

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



Exigido brito ok

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210 CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3242-1544 BARRAS-PI		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA		
CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
DATA DO NASCIMENTO	899.266.093-68	
38 ANOS	PROFISSÃO	SEXO
		M
ENDEREÇO:	NÚMERO: SN	
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
	TERESINA	PI
BAIRRO:	CEP: 64100-000	
FILIAÇÃO		
PAI: JOSÉ ANTONIO DAVI		
MÃE: FRANCISCA BATISTA MOREIRA		
DADOS SOBRE ATENDIMENTO		
DATA DO ATENDIMENTO	HORA: 09:24	
9/07/2019		
MOTIVO DO ATENDIMENTO		
Paciente com dor abdominal em hipogastria esquerda, com início há 02 dias, associada a náusea e vômito. Sem febre, sem alteração de hábitos intestinais. Não há antecedentes de doenças crônicas.		GL: PA: 110 x 90 mmHg TP°C: STO2: 97% F.C: P: 93 bpm
DIAGNÓSTICO		
Síndrome de intestino irritável		
TRATAMENTO REALIZADO		
Dieta com fibras - 100g de aveia Casimiro de 100mg 2 vezes ao dia 15:00-30		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<input type="checkbox"/> CONSULTA BÁSICA CURATIVO <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ABCESSO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/> AEROSO <input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> SUTURA CIRURGICA <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO <input type="checkbox"/> RAIO X <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO
DATA		
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL		





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÓNIDAS MELO



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

FOLHA DE EVOLUÇÃO		
NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
Antonio Francisco Batista Moura		
NOME DO MÉDICO:		
Dr. Neri da	04/04	

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
19/07/19	11.10.19 - Paciente em observação neste setor, consciente e orientado. do, com secreções na face e baterias da mandíbula por seu- do de mão. Excluído da na An- tal de Regulação de Bites, com- da senta. Nódulo por crescimento do esqueleto Placotomus.	Maria do Socorro Sampaio P ENFERMEIRA CRM-P. 271.110 C.R.S. 209.257.5059

Maria do Socorro Sampaio Pessoa
ENFERMEIRA
LUGAR PL. 271.110
CNS: 294.223.583.000

Praça Monselhor Boson, Nº 210 Centro CEP? 64.100-000 Barras/PI Fone: (86) 3242-1336
CNPJ: 12.627.470/0001-69
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO /
BARRAS - PIAUÍ

SUS



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME		Antônio Francisco Batista Moreira	
IDADE	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	CLÍNICA <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO
ENDEREÇO		Brisina	
DADOS CLÍNICOS			
DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) Rx no anexo			
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		
<p>ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-4440 / TERESINA-PI</p>			
ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL		MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)	





Alto

**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 517255

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

AVALIAR NEUROLOGIA
OVCOMAX3LO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA		Prontuário: 517255	
Mãe: FRANCISCA BATISTA MOREIRA	Pai: JOSE ANTONIO		
End.Resid.: QD G BL 09 AP 101 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 04/12/1981	Idade: 37a7m15d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99902-5643
Responsável: ANA ROSA-ESPOSA		CNS: 898003740511461	
Profissão: PADEIRO		Documento: CPF: 899.266.093-68	
G. Instrução: Médio Completo.		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 731857	Entrada: 19/07/2019 14:35:14	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:		Indefinido
<p style="text-align: center;">TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 19/07/19 HORA 15:20h EXAME CCA CRANIO+FACE TECNOLOGO: [assinatura]</p>		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ APROXIMADAMENTE 4 HORAS, SEM USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO PELA AMBULANCIA DE BARRAS EM USO DE COLAR CERVICAL MAL POSICIONADO. USO DE ALCOOL.

- A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL MAL POSICIONADO
 B) SatO2: % (AO AR AMBIENTE); EUPNEICO; AP: MURMÚRIOS VESICULARES PRESENTES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS, SEM RA;
 C) PA: mmHg; FC: BPM; AC: RR EM 2T, BNF, SS. AUSÊNCIA DE SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, FLÁCIDO; INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PULSOS FORTES E SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR. TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR <2s;
 D) GLASGOW 13NT; PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES; SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS. NEGA PERDA

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:	0404020542 CID: 50e.2
(1264512) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1264513) - CRANIO (1264514) - FACE (03 INCID)	

Prescrição Médica:	Dr. Mauro André Gonçalves Especialista em Cirurgia Geral / Videolaparoscopia CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596
---------------------------	---

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
Observação (Adulto)		

Assinatura Paciente ou Responsável:
ANA ROSA ROCHA DA SILVA

PABLO DANTAS ALENCAR
 CRM: 6306 Em: 19/07/2019 14:53:24

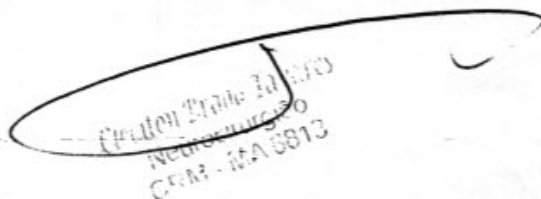


100 / 19.07.19 / 18

100 + 10.000.000

100000000

" 100000000"



BUCO # 19/07/2019 às 18:30:

Paciente vítima de acidente motociclístico, sem o uso de capacete no momento do acidente. Encontra-se consciente, orientado físico. Ao exame clínico apresenta laceração em região de nariz, base alar (E), mento e intraoral inferior; Apresenta crepitação dos ossos maxilares. Ao exame por imagem - TC de face, pode-se confirmar a presença de Fratura dos ossos maxilares.

CD: Sutura + Internação pela BUCO.

Dr. Alvaro Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
CRO-PI 4254





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME <u>Antonio Francisco Batista</u>		IDADE <u> </u> anos	DATA <u>21/11/2019</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>09</u> hs <u>10</u> min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Exst. m nariz</u>	CIRURGIÃO		

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	117 / 74	154 / 67	111 / 67
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	116	97	99
SATURÇÃO DE O2 (%)	79.9	95.1	94.1
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Adelina	200511-ENF	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR 			TOTAL	10		10
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS.	ME APARECIDA COUTINHO COREN-PI 140517 - ENF		22/07/2017

() SONDAS VESICAIS		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOG	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

29.10 Admitido na SPPA em POS de flw univ. para
prestes. naviz. submetido a redução. Conscientiz. culme
expresso. Expressando ac com 79-1. satz. Fc com univ. de
lmpa. de

10:40 vltor de S212A

<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>	<p>ALTA SRPA <i>João de Freitas</i> <i>com 58/16</i></p> <p>HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA</p>
--------------------------	---

☐ HAMENTO ☐ EXTERNO ☐ SALA DE GESSO ☐ IMAGENS E GRÁFICOS ☐

11 | 12 | 13 | 1 FMERGENCIA PED | UTI | 1 PED | 1 NEURO | 1 GERAL | 14 | 1 QUEIM. CLÍNICA: | 1 PED | 1 ORTODON | 1 CIR | 1 MÉD



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Antônio Francisco Batista Moreira*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura dos ossos próprios do nariz - OPN*

Operação - Tipo *Redução incremental dos ossos nasais.*

Cirurgião *Dr. Matias*

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *23/07/2019*

Início *08:25*

Fim *08:45*

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação


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

- 1) *Antissepsia e assepsia;*
- 2) *Aperificação dos campos;*
- 3) *Redução incremental da fratura dos ossos nasais;*
- 4) *Redução do septo nasal anterior;*
- 5) *curativo.*

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: *Bucal-Maxilo-Facial*
CRM: *779*

Mod. 76 HUT



	FICHA DE ANESTESIA	FUNDÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
		Nome: <u>Antônio Francisco Batista Moura</u>	Sala: <u>1304</u>
Procedimento:	Cirurgião:	Observações:	Data: <u>23/07/2019</u>

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 mdaazolam		5mg											
2 fentanil		25ug											
3 Propofol		10mg + 50mg											
4 Atropina		0,2mg											
5 Flumazenil		0,5mg											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		2L/min											
AR/N2O													
Ventil		%											

Acesso Vascular

☒ Periférico

Cat. Venoso nº ___ G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos ___ cateteres

☐ Central

Via Aérea

☐ Cateter nasal

☐ IOT nº ___

☐ LMA nº ___

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☐ Raquianestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: _____

SPO2 (%)	99	100
ETCO2 (mmHg)		
Aces. Venoso		
Aces. Venoso		
Diurese		
Perdas Sanguíneas		

Descrição da Anestesia: Realizado mantou zepiro todo paciente e chece
 quem se mantemal de saunt ma. tratado xdoção
 livre e a mmqia a mt neorrerens
 cresmados o paci-ente p a role de recuperacão

Dra. Ana Beatriz Cardoso F. Romão
 Anestesiologista
 CRM - PI 5846





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/07/19

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Francisco B. monica</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>517255</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Sedação</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Matias</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Resid.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dra Ana Beatriz</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Terezinha Azevedo</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Genilda</u>			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 10:25:45

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121510254426300000013027420>

Número do documento: 20121510254426300000013027420



PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Antônio Fco Batista Morais	517255		POC	Correção	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
2: DTH Fratura nasal			BUCOMAXILO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 20/07/19 HORA: 7:00					
1) Dieta líquida pastosa Visto Nutricionista Joelma Lima CRN/PI 6725					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h	19:00 (6h)				
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h	12:00 18:00 21:00				
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h	12:00 18:00 21:00				
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h	12:00 18:00 21:00				
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h	12:00 18:00 21:00				
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h	12:00 18:00 21:00				
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x/dia					
9) SSVV + CCGG					
Dr. Ednân Soares Coutinho Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial CRM: 775					



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

TAIS

22

[illegible]

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Prontuário:

517255

Interação:

243429

Nome: **ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA**

End. Resid.: QD G BL 09 AP 101 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

04/12/1981

Idade:

37a7m15d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

PADEIRO

Interação

Alta

Permanência

Data

19/07/2019

Hora

21:07

Data

24/07/19

Hora

08:00

Diagnósticos:

CID Principal:

fratura da esca do nariz

Cod.CID:

S	0	0	0	0

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

fratura da esca do nariz

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

boa evolução

MEDICAÇÕES:

Antiflogístico, Antibiótico.

CIRURGIA:

Data:

23/07/19

Tipo:

Redução cirúrgica do OPA

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta:

() Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

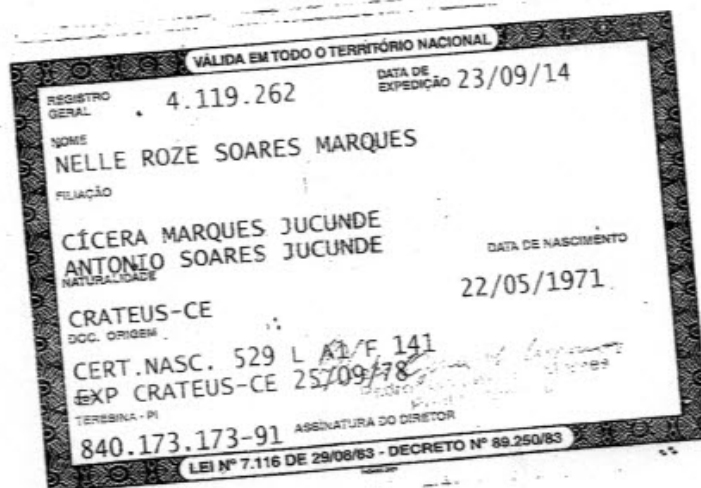
Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:


Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



POLEGAR DIREITO



Antonio Francisco Batista Moreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.027.813 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/06/07

NOME ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

RELACÃO

FRANCISCA BATISTA MOREIRA

JOSE ANTONIO

NATURALIDADE FORQUILHA-CE

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 2682 L 811 F 06

EXP. FORQUILHA-CE. 27/07/00

RECIMA - PI

DATA DE NASCIMENTO 04/12/1981

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Número de Inscrição 899.266.093-68

Nascimento 04/12/1981

Envie este cartão

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

Entrega MAI/2010



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012651436420
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 0120180321639

11666 VIA COD RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
 06991 1 01160611693 2018
 26908
 50603
 04e54
 18288
 22905
 60308
 38a18
 2ba0f
 3711f
 07abc
 15dfd
 b2ec9
 12313
 163cr
 00101

NOME
ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIR
 A

CPF/CNPJ PLACA
 89926609368 PIH-3818

PLACA ANT/UF CHASSI
 - 9C6RG3140J0016579

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
 BICICLO/MOTOCICLETA/VEICULO ALCOOL/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
YAMAHA/YBR150 FACTOR ED 2018 2018

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
 02P/0149CC PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
 1ª IPVA
 2ª
 3ª PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
 000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
 PBT: 000.30
 ALIENACAO FIDUCIARIA
 BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

LOCAL DATA
 TERESINA 06/08/2018

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

MINISTÉRIO DAS CIDADES

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012651436420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatseguro.otransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2018 06/08/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA
 1 89926609368 PIH-3818

RENAVAM MARCA / MODELO
 01160611693 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
 2018 9C6RG3140J0016579

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 033,86	DENAT/RAN (R\$) 003,76	CUSTO DO SEGURO (R\$) 037,62
CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15	IOF (R\$) 000,30	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 079,72

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 03/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.138/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

DETRAN - PI





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 08-07-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF do beneficiário: 89926609368

Nome do solicitante: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF do solicitante: 89926609368

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (86) 99930-0605
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ESTOU COM SEQUELAS
GRAVÍSSIMA

TENERINA PI 08-07-2020
Local e Data

*ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/12/2020 10:25:45

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121510254426300000013027420>

Número do documento: 20121510254426300000013027420

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198255/20

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF: 899.266.093-68

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
BATISTA MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA : 899.266.093-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Francisco Batista Moreira
 RG: 3.027.813 ORG. EMISSOR: SSPIP D. EXPEDIÇÃO: 31/07/18
 CPF: 899.266.093-68 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Padre
 ENDEREÇO: RS Jucite Nunes QD-6 BL-09 APAI Nº:
 COMPLEMENTO: Apartamento BAIRRO: Pedra Verde
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64038-303 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Antonio Francisco Batista Moreira

Data do acidente de trânsito: 31/07/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

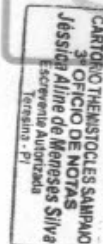
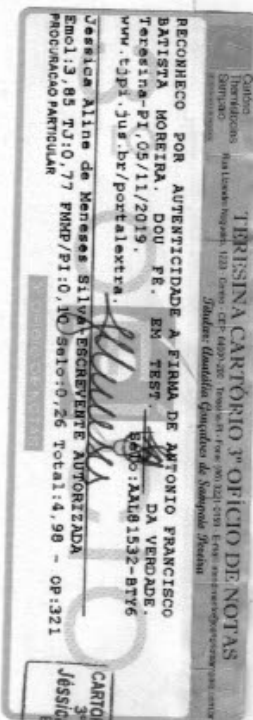
LOCAL / DATA: TERESINA-05-11-19

Antonio Francisco Batista Moreira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
NCTAI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198255/20

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF: 899.266.093-68

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
BATISTA MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA : 899.266.093-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

