



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/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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu, JOSÉ AUGUSTO ALVES PEREIRA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 226524003163, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário JOSÉ DE ACACIO ALVES FORTADO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723100, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ DE ACACIO ALVES FORTADO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723100, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>BENJAMIN CONSTANTE</u>		Número <u>622</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CAMPOMAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>66280-000</u>
Email <u>jaguex@bol.com.br</u>	Telefone comercial (DDD) <u>86 999618951</u>	Telefone celular (DDD) <u>86 999618951</u>	

ORIGINAL

Recife/PE/01.09 de fevereiro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

**SEGURADORA
LÍDER
DE SEGUROS**

23 AGR 2018

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VÍCULO

Raimundo Novato de CARVALHO

Portador do RG: 654.174, data da expedição: 11/05/2005

Orgão expedidor: SSP, PI, CPF: 341.638.913-15

Com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR, no estado de PI

Endereço da C.R. RES. RENASCE - I, BAIRRO SÃO LUIZ

Número: Ad.1/C-21, complemento: CASA

Declaro sob as penas da lei que o veículo abaixo mencionado é (é) de minha propriedade na

data do incidente ocorrido com a vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO.

Sou condutor da: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

VEÍCULO: MOTOCICLETA

ANO: 2013 / 2014

MODELO: YAMAHA - YBR 125 - FACTOR - E

PLACAS: P1C - 7865

CLASSE: 9C6KG1930E0005740

DATA DA ACCIDENTE: 28/01/2018

Campo Maior 09.02.2018
Local e Data

DE 09/02/2018

23 AGO 2018

LEGANT
ORIGINAL



Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE DA VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE DA VERDADEIRA



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR - PI

Av. José Paulino, 504 - Centro - Campo Maior - PI - CEP: 64200-000

Fone: (86) 3262-1760 - E-mail: cartoriounicocampomaior@gmail.com

José Batista Nunes de Souza - Titular Interventor

00004400 PER AUTENTICIDADE A DATA DE 09/02/2018
Raimundo Novato de CARVALHO, RG: 654.174, EXP: 11/05/2005
VALORES: CUSTO MAIOR R\$ 1,00, IPI R\$ 0,00, ICMS R\$ 0,74
Salvo, CDS Total: R\$ 1,74 Salvo, IPI: R\$ 0,74

MARIA THEREZINHA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESTREVENTE ALT



Senha 7

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nasc.: 08/10/1964 Idade: 53 ANOS,3 MESES,20 Telefone : (86) 9958-24977 CIVIL: SOLTEIRO(A) CEP:64280-00
End.:DOUTOR MOURA, 641 - Bairro: CENTRO Cidade: **CAMPO MAIOR/PI**
FBE: 2202208 Cor: PARD A Mãe: MARIA ALVES FURTADO Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - O MESMO

Tempo: 10%

Peso:0Kg

P.A.:70110/

Procedimentos

28/01/2018 15:06 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/01/2018 15:15 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:**Antecedente Pessoais:**

Paciente com dor e edema de

Antecedente Hereditario:

punho e após queda dirigindo moto.

Exame clínico/físico:

28/01/2018

Diagnóstico provável:

CD: Rx de punho e

Conduta:

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

- Nega alergos medicamentosa

- Voltaren - Damp. 1m ✓ 14:53

- Diprofene - Damp + Ad. ev ✓

(a)
Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Intervenir na clínica cirúrgica



Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0156966

Registro: 66615

Data: 09/01/2018

Hora: 15:06:00

F. - Adriana

Tipo: CONSULTA

S. - 7

Sexo: MASCULINO

SUS**JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**

sc.: 06/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Telefone: (86) 9958-24977 Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

Endereço: R. DOUTOR MOURA, 641 - Bairro: CENTRO

Cidade: **CAMPO MAIOR/PI**

CEP: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Clínica: **CLINICA MEDICA** Documento: 6460 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - O MESMO 2169361

Procedimentos

8/01/2018 15:06 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Azul - Não Urgente**Motivo do atendimento:** QUEDA DE MOTO**QUEIXA/HISTÓRIA**

QUEDA DE MOTO COM LESAO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NENHA OUTRAS PATOLOGIAS

SINAIS VITais

PA: 70/110 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 bpm

PC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NENHA

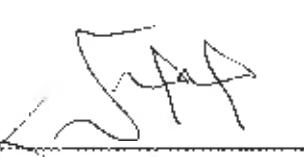
23/01/2018

MEDICAÇÃO USUAL

NAO FEZ USO DE MEDICAMENTOS

CONDUTA

AO CLINICO



Francisco Alexandre de Carvalho Ibiapina
Enfermeiro
CRP 01/11793

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE

Atendimento	09140
Data:	29/01/2018
Hora:	10:49

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AIH
RCASSIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

66615 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

OYLS

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/10/1964 - 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CC06- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC06 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

CPF: RG: 08546916 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: DR MOURA, N° 841 - CEP: 64280-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: RAMMUNDO GOMES RABELO Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO - () -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

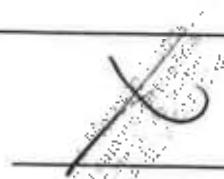
História Clínica

Fam para c/ d/ l/ d/

h/ s/ f/ r/ e/ d/ l/

Sint m/ s/

Diagnóstico Provável


CAROLINA COELHO MELLO



Resumo de Alta / Transferência

I09140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data: 29/01/2018 Leito: CC0601

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

os boraas tem q b fnta
pelo denti espeh
1- D72
for pos no mao b
FO OF
Operacion
Marcas d/dorsal

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 210.060.643-34

Diagnóstico principal:

Fnta bdo denti e

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para:

Observação:

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 210.060.643-34

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 210.060.643-34

Data: 06/02/2018

Médico

CRM/Carimbo



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO

HRDN

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno SIN - Bairro São

Fone: (86) 3252-1372 • **Fax:** (86) 3252-4546
CEP: 84.280-000 • **Campo Maior - PI**
CNPJ: 06.5553.564/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CC0403

Evolução

34/02/2018

CLIENTE NO 7º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA, AGUARDA PARECER DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.	CAMILA	Camila Enfermeira COREN - PI Nº 501.609
--	--------	---

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Leito: C00403

Evolução

03/02/2018

12. CLIENTE NO 6º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, HIGIENIZADO, ACEITANDO A DIETA VO OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FÍSIOLOGICAS PRESENTES E NORMAIS, SONO PRESERVADO. REFERE ALGIA EM LOCAL DA FRATURA, AGUARDA PAREcer DO CARDIOLOGISTA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO.

Enfermeiro(a)

Assinatura

*Flávia Gonçalves
Assistente Enfermeira
C00403*



CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
Tel.: (86) 3252-4546

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CC0403

12/01/2018

PACIENTE SÉGUO NO 4º DIH PDR FRATURA DE RADÍO DISTALE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEDRIL, NORMOTENSO, HIGIENIZADO, LIBERADO DIETA PREScrita, SONO F REPUSO PREServado, FLUMINAÇÕES Fisiológicas PRESENTES NORMAIS. REFERE ALGUM EM MEMBRO TRAUMATIZADO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO E PARACER CARDIOLOGICO.

14.....

Maria Elizabete
Silva
Assinatura

ASSINATURA

PROFISSIONAL

Maria Elizabete Silva	MAICELA MARIA CHAVES SILVA
	Matr. 445.371 COREN-PI

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL**109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO**

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 54 ANOS

Convenio: SUS

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CCO403

17/01/2018

PACIENTE SGEU NO 3º DH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORDADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADO. ACEITA DIETA DRAIL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AGURADA AVULAÇÃO DO ORTOPEDISTA E PAREcer DO CARDIOLOGISTA.

PROFISSIONAL**ASSINATURA**

Cristiane Assis de Araujo

CRC/PI 30255

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00 Sexo: M

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

Evolução

31/01/2018

Enfermeiro(a)	Assinatura
31/01/2018	
10:20:00 NO 2º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VÓ OFERTADA. DURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	ALEXANDRA
10:21:00 EVOLUÇÃO DAS 10:20 SEM EFEITO	
10:30:00 NO 2º DIH POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VÓ OFERTADA. DURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	ALEXANDRA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA

Leito: CC0405

Evolução

10/01/2018

1º) CLIENTE SEGUE NO 2ºDI/H POR FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDA, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA, EM REPOUSO

NO LEITO, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO, EUPNEICO, NORMOCORRADO, AFEBRIL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, BEM COMO NO MSE, PROX A TALA GESSADA, FEITO CURATIVO COM AGE.

fee 24/8-14-2-3

Assinatura



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

HR/cm

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Zone: (86) 3252-1372 • **Fax:** (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • **Campo Maior - PI**
CNPJ: 06.553.564/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00

Sexo: M

Idade: 53 ANOS,3 MESES.21 DIAS

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Clinica: CLINICA MEDICA Lito: CC0601

Evolução

29/01/2018

18:55 PCT ADMITIDO NESTA CLINICA POR FRT DE RÁDIO DISTAL DO MSE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO SSVV ESTAVELIS PA 110/80 MMHG, TAX 36, DEAMBULANDO, PROCEDENTE DESTA CIDADE RUA DR MOURA N641 CENTRO, PCT MEGA HAS, DM, ALERGIA MEDICAMENTOSA, TABAGISMO, EUTISMO, CARDIOPATIA.

Enfermeiro(a)

Assinatura



30/1/18, Edg... Segue evolução clínica:

Sintomas: dor m/ s/

Exames: exame co jejun p/ toxicol. cerebrais

Nº de laudo: A-00000000

Exame: C-00000000

Data: 29/01/2018

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Joni Acacio Alves Ferreira DATA DE NASCIMENTO: _____DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura radio distal L

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

CIRURGIA: Ortopedico radio distal L N° SALA: _____CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): _____ CIRCULANTE: _____

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: (1) Art em art 111 val. ilíaco, placa msc
(2) Art 111 + cap 1/2 Tuber val. media e c/ direção pr
placa 1/2 media e fratura c/ deslocamento val e
fixa com os de ru rebolo val 1/2 Líder par val,
of contur

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

DATA: 05/01/18 HORA: _____
Marcelo Lopes
Cirurgião Ortopedista
CRM-PI 00000-00000-00000-00000

CIRURGIAO

MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES					
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ____ ml	FRASCO	02	AGULHA DE RAQUE Nº ____	UND	
SORO GLICOFLSIOGLÓGICO 0,9% ____ ml	FRASCO		AGULHA DE PERIDURAL Nº ____	UND	
SORO GLICOSADO 5% ____ ml	FRASCO		AGULHA 25X7	UND	01
RINGER LACTATO ____ ml	FRASCO		AGULHA 30X7	UND	01
ÁGUA DESTILADA ____ ml	FRASCO		AGULHA 40X12	UND	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	AMP	02	AGULHA DE INSULINA	UND	
MANITOJ. 3% 200 ml	FRASCO		SCALP Nº ____	UND	
FORMOL	ML		JELCO Nº ____ 20	UND	01
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA DE 50ml	UND	
ACOOL 70%	ML	30	SERINGA DE 20 ml	UND	01
PVP1 DEGERMANTE	ML	50	SERINGA DE 10 ml	UND	01
PVP1 TÓPICO	ML	40	SERINGA DE 5 ml	UND	
CLOREXIDINA _____	ML		SERINGA DE 3ml	UND	
BSS 500ml	FRASCO		SERINGA DE 1 ml	UND	
VOLUVEN 6% 500 ml	FRASCO				
ISOCEL	FRASCO		DRENOS		
ÉTER	FRASCO		DRENO DE PENROSE Nº ____	UND	
			DRENO DE SUÇÃO Nº ____	UND	
			DRENO DE TÓRAX Nº ____	UND	
FIOS			DRENO DE KHER Nº ____	UND	
NYLON Nº ____ 3	UND	02			
CATGUT SIMPLES Nº ____	UND				
CATGUT CROMADO Nº ____	UND		OUTROS MATERIAIS		
CATEGUT CROMADO Nº ____	UND		LÂMINA DE BISTURI Nº ____ 29	UND	02
ALGODÃO COM AGULHA Nº ____	UND		GAZES	UND	40
ALGODÃO SEM AGULHA Nº ____	UND		ESPARADRAPO	UND	
VYCRYL Nº ____ 1	UND	01	MICROPORE	UND	
PROPELENE Nº ____	UND		COMPRESSAS	UND	04
PROPELENE AGULHA GRANDE Nº ____	UND		ALGODÃO	UND	
MONOCRYL Nº ____	UND		ATADURA 90 CM 02 CM	UND	02
PDS Nº ____	UND		EQUIPO MACROGOTAS	UND	01
			EQUIPO MICROGOTAS	UND	
LUVAS			EQUIPO PARA SANGUE	UND	
PROCEDIMENTO	PAR	06	TORNEIRINHA	UND	
ESTÉRIL Nº ____ 7,5	PAR	04	POLIFLIX	UND	
			TRANSOFIX	UND	
SONDAGEM			IRRIGOPLAS ____ VIAS	UND	
SONDA URETRAL Nº ____	UND		ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	UND	04
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº ____	UND		CATETER DUPLO JOTA	UND	
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº ____	UND		CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	UND	
SONDA NASOGÁSTRICA Nº ____	UND		TUBO OROTRAQUEAL Nº ____	UND	
SONDA NASOENTERAL Nº ____	UND		FILTRO BACTERIOLÓGICO P/TOT	UND	
COLETOR DE URINA FECHADO	UND		MATERIAIS ORTOPÉDICOS		
COLETOR DE URINA ABERTO	UND		CAIXA PEQUENO FRAGMENTO		
XYLOCAINA GELÉIA 2%	TUBO		CAIXA GRANDE FRAGMENTO		
SONDA RETAL Nº ____	UND		FIO DE KIRSCHNER Nº ____ 02	0	
VASELINA	TUBO		FIO DE STEINMAN Nº ____		
			FIO DE CERCLAGEM Nº ____		
TELA PROTÉSICA			FIXADOR EXTERNO MMSS Nº ____		
____ cm x ____ cm	UND		FIXADOR EXTERNO MMII Nº ____		
____ cm x ____ cm	UND		ÂNCORA Nº ____		
POMADAS			APARELHAGEM		
COLAGENASE	TUBO		ASPIRADOR		
NEOMICINA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		
NITROFURAZONA	TUBO		PERFURADOR		X
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		SERRA		

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: José de Araújo A. Ferreira ENF: _____
Sexo: M () F () Idade: 53 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável ()
Viúvo () Separado ()

2. PROCEDÊNCIA: Desta Município () Outros: _____
Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico () Obstétrico ()

Se obstétrico: DUM: _____ IG: _____ G: _____ P: _____ A: _____

Quaixa principal: Luzesca Perneira

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () Tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros ()

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência:	Lúcido ()	Confuso ()	Coma superficial ()	Coma profundo ()
Estado emocional:	Agitado ()	Tranquilo ()	Tenso ()	Deprimido ()
Pele:	Normocorada ()	Hipocorada ()	Cianose ()	Sudorréica ()
	Hidratado ()	Desidratado ()	Hiperemia ()	Local: _____
Integridade da pele:	Sim ()	Não () Obs: _____		
Rede venosa:	Visível ()	Não visível ()		
Edemas:	Ausência ()	Presença () Local: <u>MSC</u>	Generalizado ()	

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico ()

Tosse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()

Outras: _____

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral () Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()

Hábito intestinal: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação: _____

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal () Por SVD () Pollúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()

Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Trufo ()

Sono e repouso: Preservados () Insatisfatórios ()

Outras queixas: Febre () Dor () Local: MSC Outras: _____

SSVV: Tax°C: 36,4 P: _____ R: _____ PA: 110x80 mmHg

Medicações de uso regular: Não () Sim () Quais: _____

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção hospitalar

Data: 29/01/18 Enfermeiro: Flávia

REQUISIÇÃO DE PARECER

José de Araújo Neto

CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:
NOME DO PACIENTE:	IDADE:	
SERVICO:	AQ SERVIÇO:	

MOTIVO DA CONSULTA

(Especificar os dados sobre os quais deseja parecer e enumerar os principais sintomas do paciente)

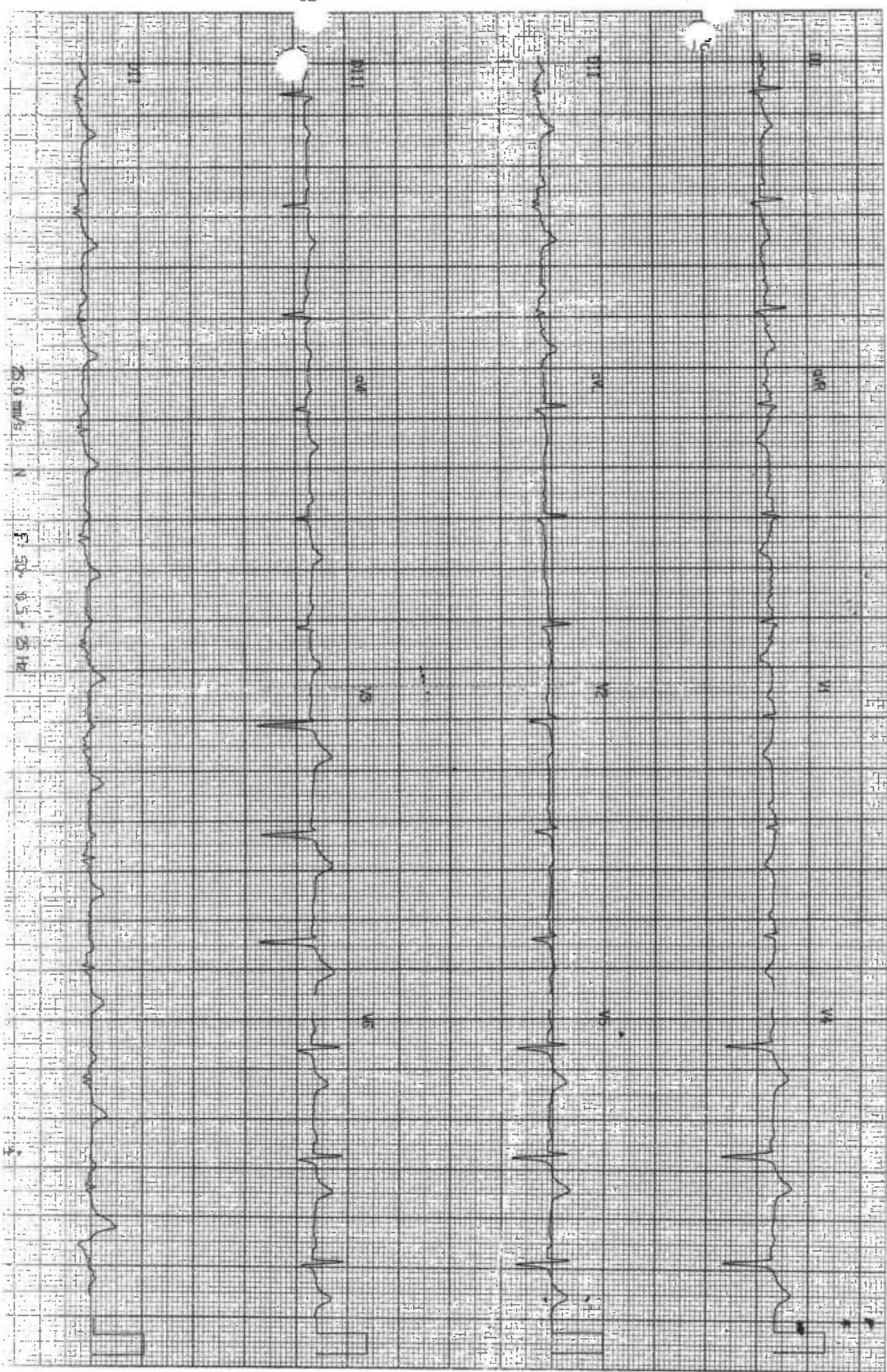
*ME com
morte de mãos
distância. Sossego
prolongado no
ambiente.*

DATA: 31/04/18**PROFISSIONAL REQUISITANTE:** *[Assinatura]***DATA:** / / **PROFISSIONAL:**

25/01/2018 13:09

Nome da paciente: A. Furtado
D.N.: 08.10.64
Nº: 53

iROM



ESTADO DE SÃO PAULO
MUNICÍPIO DE SANTOS
SANTOS-SP-001483

Assunto:

Pintor Siqueira

CE 68 (P) 29

Cidade São C.

Dr. Antônio Justosa Machado
CLÍNICA MÉDICA E PSQUIATRÍA
CRM-PI 408-CPF 018.331.403-87

Nome: José de Acácio Alves Furtado

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 28/01/2018

Médico Drª Carolina Coelho

RAIO X DO PUNHO ESQUERDO

Fratura distal do rádio.

Drº José Luiz da Paz

Radiologista

CRM 0367/ CPF 030.027.993-00

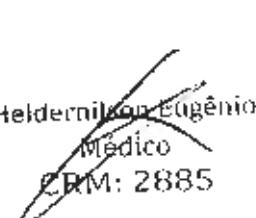


RECEITUÁRIO

Nome: José da Conceição Alves Fumado

LAUDO MÉDICO

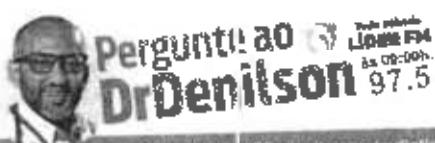
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE
MOTOCICLETA NO DIA 28/01/2018 FERIDO
COM RESULTADO FATAL NA PUNHA
FERIDA PELA ÁREA FOI ABALIZADA
TRATAMENTO SINGULHO. HOJE O
MESMO ENCONTRA-SE COM 90% DE
DÉFICIT DA PUNHA DA MÃO ES-
QUERDA, ALTA TOTAL DA MÃO.


Helder Nilson Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 19/1/2018

Assinatura do(a) Médico(a)

SAMI
CNPJ: 14.627.094/0001-38
Site: www.samisaude.org.br
PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÉNIO
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR



SINISTRO - 3180182573

José de Azevedo Alva Fumado
CPF: 218.046.723-00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 MAI 2018

DPVAT



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE 21 JUN 2018

RECEITUÁRIO

DPVAT

Nome:

José Ribeiro Acácio Alves Pimenta

LAVADO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE
MOTORISTA NO DIA 28/01/2018 TENDO
COMO RESULTADO FRACTURA DE PUNHO
ESQUERDO PARA A QUAL FOI INDICADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O
MESMO ENCONTRA-SE COM 90% DE
RECUPERAÇÃO E POSSUI 10% DE
AVALEDA. ALTA TOTAL DA TRATAMENTO.

Heldnilson Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 24 / 05 / 2018

Assinatura do(a) Médico(a)

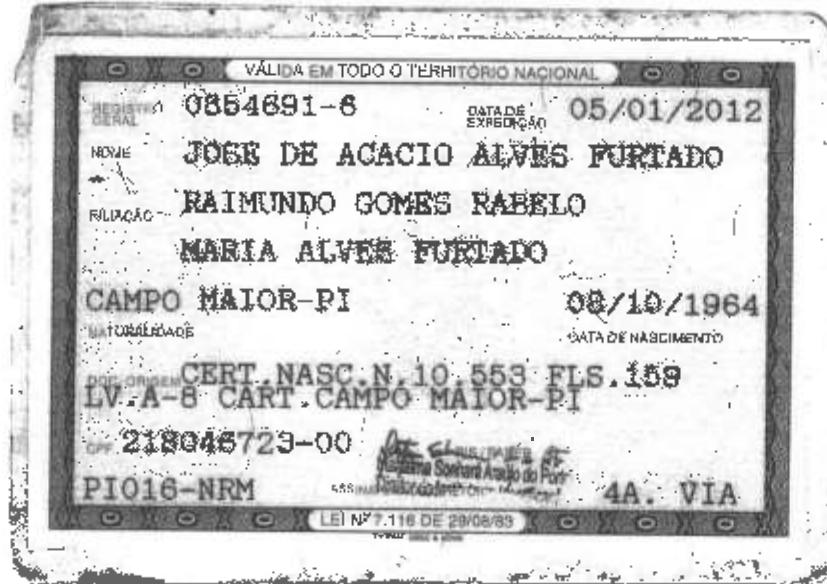


Pergunte ao
DrDenilson
36.09.00h.
97.5

No net: radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

SAMI
CNPJ: 14.627.094/0001-38
Site: www.samisaude.org.br

PRESIDENTE: DR. DENILSON EUGÉNIO
EMAIL: SAMISAUDE@YAHOO.COM.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

01094092688
www.miteksecurities.com

341630894315 8100-7865 2014

ESTE E SEU BILHETE DE SELLING SPOT
PANAMA MAIS REFORÇADA, SEM NO VIEJO,
AS CONDUÇÕES GERADAS DE CORRUTA.
SÓ SEU CREDITO DE VENDA, COM
SEU CREDITO DE VENDA.

2014

卷之三

YAMAHA YBR125

九百四十一

PRÉMIO TAPIFÁRIO

664,13 080,39 103,98

24/08/2013

SEGUNDO DÍA DE SEGUIMIENTO

15/08/2014

CARTA DE REANALISE

SINISTRO 31801182573

Eu, JOSE DE ACACIO AIVES FURTADO portador do RG:
0854691-6 SSP/AM e CPF: 218046723-00 Residente na Rua /
AV RUA: DOUTOR MOURA nº 641
Bairro: CENTRO Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI

Venho pollicitar destas Seguradoras por não concordarem com o valor pago por minhas lesões com idoneidade no valor de R\$ 945,00 devido o fato de falar confuso no momento do dia 28-01-2018 no Rumo Esquedo com circunstâncias permanentes, teram anexos uma Reclamação médica para regularizar meu comprometimento de mobilização do Rumo esquedo, sua vez que nem me encaminharam para um perito oficial deles e me identificaram como abaixo da médica que lhe foi apresentada ao meu e seu Pencio Médico para oficializar e estender a mesma permanente, assim falei para a fidel que me encaminhou a uma Reclamação médica (RE-ANALISE) para corrigir o erro cometido com meu diagnóstico e pagar uma idoneidade justa discordo com o comprometimento do valor da lesão sofrida no acidente.

No seguindo do depimento de falar

Cidade Campo Maior, (PI) 30/05/2018

JOSE DE ACACIO AIVES FURTADO
Assinatura da Vítima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180182573 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, PROGNÓSTICO E EXAMES DE IMAGEM RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Nelma de Oliveira Martins Freitas".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180182573 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO **Data do acidente:** 28/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT RESIDUAL DA FORÇA EM MÃO ESQUERDA

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DE 14/05/2018

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <u>JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>AUTODRÔMO</u>
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	RG: <u>0854691-6</u>	Org. emissor <u>SSP/AM</u> D. Expedição <u>05/01/2012</u> CPF: <u>218046723-00</u>
Endereço: <u>RUA DOUTOR MOURA</u>	Nº <u>641</u>	Bairro: <u>CENTRO</u>
Cidade: <u>CAMPOMAIOR</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64280-000</u>

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: <u>JOSE AUGUSTO ALVES PERES</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>FON. PUB. ESTADUAL</u>
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	RG: <u>28338914</u>	Org. emissor <u>SSP/SP</u> D. Expedição <u>17/10/2014</u> CPF: <u>226524003-63</u>
Endereço: <u>RUA BENJAMIN CONSTANTE</u>	Nº <u>622</u>	Bairro: <u>CENTRO</u>
Cidade: <u>CAMPOMAIOR</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64280-000</u>

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora UNIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros; Declaração de Ausência de Laudo do IMI; Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Acidente ocorrido em: 28/01/2018.

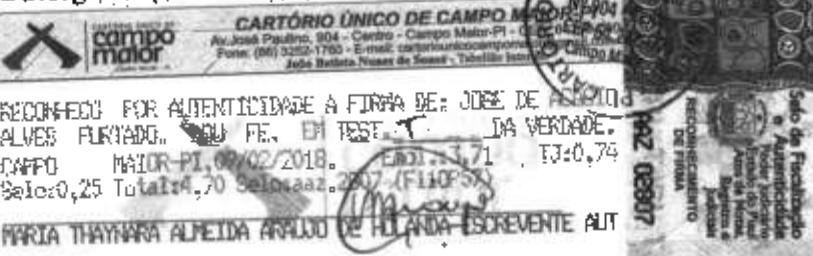
Certidão Única
Tempo Maior - PI
Local / data: Campomaior 09.02.2018

ORIGINAL

DE LEGITIMOS

23/02/2018

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182573.**

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



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

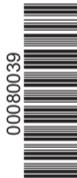
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12897036

A/C: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573
Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Data do Acidente: 28/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000100160-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573

Vitima: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data do Acidente: 28/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AUGUSTO ALVES PERES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182573**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número de Sinistro ou ASL CPF da vítima Nome completo da vítima
210.046.723-00 JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO	CPF titular da conta 210.046.723-00	Profissão ATIVONOMO
Endereço Rua M. Moura	Número 241	Complemento CASA
Barro CAXIABA	Estado PI	CEP 66280000
Email jazzperes@bol.com.br	Telefone (DDD) 86-949618757	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (361)
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	Name	Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Nº

0616 **13** **100160** **5**
(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ORIGINAL

Campos/2018/01, 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data

SEGURADORA DE SEGUROS

23 ABR 2018

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 105362.000196/2018-29

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 02/02/2018 / 16:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

28/01/2018 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Bairro

SÃO LUIS

Endereço

BR 343/ PRÓXIMO A REGIONAL DE SAÚDE., Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Endereço: RUA DR. MOURA, Nº 641

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

COMPARECEU NESTA DELEGACIA PRA INFORMAR QUE NA DATA DE 28/01/2018 POR VOLTA DAS 14:30 HORAS A VÍTIMA ESTANDO A PILOTAR UMA MOTO INDO DO CENTRO DA CIDADE PRA O BAIRRO CIDADE NOVA, CAMPO MAIOR-PI E ESTANDO NA BR -343 PRÓXIMO A SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE SURGE ATRAVESSANDO A VIA UM ANIMAL (JUMENTO) E AO TENTAR DESVIAR PERDE O CONTROLE DA MOTO E VEM A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR-PI E É ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA DRA. CAROLINA COELHO MELLO CRM - PI 6460 E APÓS EXAMES SE CONSTATA FRATURA NO PUNHO ESQUERDO E É SUBMETIDO A CIRURGIA. QUE A MOTO EM ANDAVA POSSUI OS SEGUINTES DADOS; CÓD. RENAVAM 01035004280, PLACA - PIC - 7865 CAMPO MAIOR-PI, CHASSI 9C6KE1930E0005740, COR VERMELHA. MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125 FACTOR E, EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO. NADA MAIS A DECLARAR.

Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO - Noticiante
Responsável pela Informação

ORIGINAL

Delegado de Polícia



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: 23/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000100160-5

Nr. da Autenticação D772C438A45A8E62



Para contatar com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0183311-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.451.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Sistema operado sob concessão autorizada pela SEFAZ DS/98

Nº da Nota Fiscal 000520505

A Tarifa Socioambiental Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.478 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/18	15/02/2018	371	369,44

JOAQUIM PERES DE OLIVEIRA
R. BENJAMIN CONSTANT 622 5/C CENTRO
CPF: 00000000000000000000
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROT: 309.010.09.29.032800

DADOS DA LEITURA kWh		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19282	Atual:	13/01/2018
Anterior:	18911	Anterior:	13/12/2017
Constante de Multiplicador	1.000	Próxima Leitura:	12/02/2018
Consume: Medida:	371	Emissor:	13/01/2018
Consumo Faturado:	371	Apresentador:	13/01/2018

Código de Faturamento Código de Irrigabilidade Dados de Consumo

Classe/Subclasses Ligação Primeira Medida Plata Código Faz. Média 12 meses

Mês/ano consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA	
DEZ/17	CONSUMO 371 A R\$ 0,820671 = 304,46	
NOV/17	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 42,05	
OUT/17	CORRECAO MONETARIA IG 11/17-00 1,82	
SET/17	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,51	
AGO/17	JUROS DE MORA DE IMPÓ 11/17-00 3,50	
JUL/17	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,66	
JUN/17		
MAI/17		
ABR/17		
MAR/17		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 371 - 0,572090		

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Vencimento

PPVAT
23 ABR 2018
CORRETORA
DE SEGUROS