

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 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 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 JOSE AUGUSTO ALVES PERES inscrito (a) no CPF/CNPJ 226524003 163 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DE ACACIO ALVES FUERTADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723 100 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE DE ACACIO ALVES FUERTADO inscrito (a) no CPF sob o Nº 218046723 100 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>CAMPO MAIOR</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64280-000</u>
Email <u>jaaperes@bol.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>86 999618951</u>	Telefone celular(DDD) <u>86 999618951</u>

ORIGINAL

Recup/Heur/PI 09 de fevereiro de 2018
Local e Data

Jose Augusto Alves Peres
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO

portador do RG: 654.174, data de expedição 11 / 05 / 2005

Órgão expedidor SSP / PI CPF: 341.638.913-15

com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR no estado de PI

onde resido na CJ. RES. RENASCER-I, BAIRRO SAO LUIZ

número 041/C-21, complemento CASA

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

data do acidente ocorrido com a vítima JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

e o condutor era JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

VEÍCULO MOTOCICLETA

ANO 2013 / 2014

MODELO YAMAHA - YBR 125 - FACTOR - E

PLACAS PIG - 7865

CLASS 9C6KE193060005740

DATA DO ACIDENTE 28 / 01 / 2018



Campo Maior 09.02.2018

Local e Data

23 ABR 2018

23 ABR 2018

ORIGINAL

Raimundo Nonato de Carvalho

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

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



RECONHECER POR AUTENTICIDADE a firma de: RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO, RG: 654.174, DO RES. I, BAIRRO SAO LUIZ, CAMPO MAIOR-PI, 09/02/2018, FOLHA 01 DE 01, 74 Selos: 4,25 Total: 4,25 Selos: 4,25 (Folha 01)

MARIA THAYARA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESCRIVENTE AIT

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO,

SÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 065535640/00642

(86) 3252-454

3252-1372

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: 7156966

Data: 28/01/2018

Funcionário: ADRIANA

Registro: 66615

Hora: 15:06:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 7

SUS

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

CPF: - RG: 08546916 - SUS:

Nasc.: 08/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 Telefone: (86) 9958-24977

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

End.: DOUTOR MOURA, 641 -

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

FBGE: 2202208 Cor: PARDA

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Clínica: CLINICA MEDICA

Documento: 6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Responsável: 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 URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Hipótese Diagnóstica Atual:

Antecedente Pessoais:

Antecedente Hereditário:

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Conduta:

Procedimentos/exames realizados:

- Nega alergias medicamentosas

- Voltar - 1 amp. Im

- Dipirona - 1 amp + 30.00

14:53

Garcia

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Ass. Técnico

Intervenir na clínica cirúrgica

Dra. Carolina Coelho Mello
MÉDICA
CRM-PI 6460

Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

6460 - CAROLINA COELHO MELLO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTORNO,

JOSE LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

NPI: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0156966

Atendimento: 01/2018

F. **Alpha** ADRIANA

Su **7**

Registro: 66615

Hora: 15:06:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

CPF: - RG: 08546916 - SUS:

sc: 08/10/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Telefone: (86) 9958-24977

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64280-000

End: DOUTOR MOURA, 641 -

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

CE: 2202208 Cor: PARDA Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO

Unica: CLINICA MEDICA Documento: 6460 - FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO IBIAPINA

Responsavel: 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

Ativo do atendimento: QUEDA DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

QUEDA DE MOTO COM LESAÇÃO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

OBSERVAÇÃO

NEGA OUTRAS PATOLOGIAS

SINAIS VITAIS

PA: 70/110/ mmHg

TAX: 0°c

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

NAO FEZ USO DE MEDICAMENTOS

CONDUTA

AO CLINICO

2169361

2169361

Responsavel: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Francisco Alexandro de Carvalho Ibiapina
Enfermeiro

2169361 - FRANCISCO ALEXANDRO DE



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

2 - CNES
2777754
4 - CNES
2777754

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
10 - NOME DA MÃE
MARIA ALVES FURTADO
12 - ENDEREÇO
DR. MOURA, 641 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CAMPO MAIOR

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/10/1964

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
66615

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 2
11 - TELEFONE DE CONTATO
(96) 9958-24977

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2202208

15 - UF
PI 16 - CEP
64260-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tram. para o 1º grau de intern. do 1º grau

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

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

Exames realizados

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tram. para o 1º grau de intern. do 1º grau

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tram. para o 1º grau de intern. do 1º grau

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLÍNICA MÉDICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CAROLINA COELHO MELLO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/01/2018 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
ANTONIO AUGUSTO DA PAZ FILHO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
E220000002

46 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 091.143.513-15

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura

BOLETIM DE ADMISSÃO

66615 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

0465

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: 08548916 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: DR MOURA, Nº 841 - CEP: 64280-000 Bairro: CENTRO

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

Pai: RAIMUNDO GOMES RABELO Mãe: MARIA ALVES FURTADO

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

História Clínica

Tram para o 1º dia

Tram para o 2º dia

Sint p-32

2-3 ABR 2018

Diagnóstico Provável Tram para o 2º dia

Carolina Coelho Mello
Médica
CRM: 10.100/0-0
Régua de 100 cm
100 cm

CAROLINA COELHO MELLO



Resumo de Alta / Transferência

I09140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data: 29/01/2018 Leito: CC0601

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Os exames de Função
hepática estão dentro da normalidade
I = D.O.V.

Sem sintomas no momento
F.O. O.K.
Osteoartrite

Marcaros A. / Danubio

Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 219.060.843-34

Diagnóstico principal:

Função hepática dentro da normalidade

Diagnósticos Secundários:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☒ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Alta hospitalar com bons resultados
Dr. Cesar Barros Rabelo
CRM 1222-PI
MÉDICO
CPF: 219.060.843-34

Data: 06/02/2018

Médico

CRM/Carimbo

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

06/02/2018

15:01	SEGUIE NO 8º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, E 1º DPO DE OSTEOSINTESE DE RADIO DISTAL ESQUERDO. EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO. CALMO E COLABORATIVO. FÁSICO. EUPNEICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, HIGIENIZADO, HIDRATADO. COM ACESSO PERIFÉRICO EM MSD PÉRVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. ACEITANDO DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS. SONO PRESERVADO. CURATIVO OCLUSIVO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, MEMBRO IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AVALIADO PELO PRESCRITOR QUE DEU ALTA HOSPITALAR COM RECEITA MEDICA. PRESTADAS ORIENTAÇÕES QUANTO A REALIZAÇÃO DE CURATIVO DIÁRIO. INICIANDO AMANHÃ, E QUANTO AO RETORNO.	KALILA Kallia Andrade e Silva Enfermeira COREN-PI 133.723-3	
-------	--	--	---

29/01/2018

Piauí
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

[illegible]

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

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4545
CEP: 84.280-000 • Campo Major - PI
CNPJ: 08.553.564/0006-42

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

109140 - JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Data da internação: 29/01/2018 - 10:49:00
Responsável: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 21 DIAS

Evolução

04/02/2018

11:11	CLIENTE NO 7º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, 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	Assinatura Camila Silva Biapina Ente 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
Clínica: CLÍNICA MÉDICA Leito: CC0403

Evolução

03/02/2018

12.	CLIENTE NO 6º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL "E": CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, DEMBULANDO, NORMOTENSO, NORMOTÉRMICO, 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.	VINICIUS	
-----	--	----------	--

Enfermeiro(a)

Assinatura

Vinicius Goncalo
Enfermeiro
COREN-PI: 388.483



CONTORNO, 250
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI - 64.280-000
CNPJ: 06553564/000642
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

12/02/2018

PACIENTE SEGUE NO 4º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL E. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEDRIL, NORMOTENSO, HIGIENIZADO. LIBERADO DIETA PRESCRITA, SONO F REPOUSO PRESERVADO, FLIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. REFERE ALGIA EM MEMBRO TRAUMATIZADO. AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO E PARACER CARDIOLOGICO.

PROFISSIONAL

ASSINATURA

MICAELA MARIA CHAVES
SILVA

Micaela M. Chaves Silva
Enfermeira
CREM-PI Nº 619.371



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

Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

02/2018

17:23	PACIENTE SEGUE NO 3º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADO. ACEITA DIETA DRAL. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NORMAIS. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO, REALIZADO CURATIVO. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. AGURADA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	PROFISSIONAL CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO	ASSINATURA Cristiane Assis de Araujo 02/02/2018
-------	--	---	---

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
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0403

Evolução

31/01/2018

Enfermeiro(a)		Assinatura
10:20:00	NO 2º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE 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	EVOLUCAO DAS 10:20 SEM EFEITO	ALEXANDRA
10:30:00	NO 2º DIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO. SONO E REPOUSO PRESERVADOS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO OFERTADA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES SIC. REFERE ALGIA NO MSE. MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA. SOLICITADO PELO PRESCRITOR RX DO TORAX E PARECER DO CARDIOLOGISTA.	ALEXANDRA



**GOVERNO
DOLLAUI**
www.pi.gov.br

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

NOME:

A. Amara

LEITO: 1-08

ENFERMARIA: C.O.C.

DATA/HORA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

20/1/8

① 25 12 1

② Sp. 5Y. - 100 and 32 in (P_{max})

3) $\frac{1}{2} \text{ liter} - \frac{1}{4} \text{ liter} = \frac{1}{4} \text{ liter}$

12/12/20

Q. Why - how

⑤ ④ ③ ② ①

Dr. Leocádio Soares
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4468 - TESTE

② Travel agency + food for 5 people

~~Dr. Leocadio Soares~~

CRRA-PL4468 - TEO 1740C

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

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4545
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.554/0006-42

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
Clínica: CLINICA MEDICA Leito: CC0405

Idade: 53 ANOS,3 MESES,21 DIAS

Evolução

30/01/2018

Enfermeiro(a)

Assinatura

10:00:00	CLIENTE SEGUE NO 2ºDIH POR FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDA, AGUARDA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA, EM REPOUSO NO LEITO, ACORDADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AFEBRIL. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, BEM COMO NO MSE, PROX A TALA GESSADA. FEITO CURATIVO COM AGE.	ARTEMES	fe 24.8.423
----------	--	---------	-------------



Piauí
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

ACÓGIO

NOME: <u>Leandro de Azevedo Almeida</u>		
LEITO: <u>05</u>		
ENFERMARIA: <u>04</u>		
DATA/HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
28.01.14	<u>6) Dor de dente</u>	<u>07h00</u>
	<u>7) Dor de dente</u>	<u>08h00</u>
	<u>8) Dor de dente</u>	<u>09h00</u>
	<u>9) Dor de dente</u>	<u>10h00</u>
	<u>10) Dor de dente</u>	<u>11h00</u>
	<u>11) Dor de dente</u>	<u>12h00</u>
	<u>12) Dor de dente</u>	<u>13h00</u>
	<u>13) Dor de dente</u>	<u>14h00</u>
	<u>14) Dor de dente</u>	<u>15h00</u>
	<u>15) Dor de dente</u>	<u>16h00</u>
	<u>16) Dor de dente</u>	<u>17h00</u>
	<u>17) Dor de dente</u>	<u>18h00</u>
	<u>18) Dor de dente</u>	<u>19h00</u>
	<u>19) Dor de dente</u>	<u>20h00</u>
	<u>20) Dor de dente</u>	<u>21h00</u>
	<u>21) Dor de dente</u>	<u>22h00</u>
	<u>22) Dor de dente</u>	<u>23h00</u>
	<u>23) Dor de dente</u>	<u>00h00</u>
	<u>24) Dor de dente</u>	<u>01h00</u>
	<u>25) Dor de dente</u>	<u>02h00</u>
	<u>26) Dor de dente</u>	<u>03h00</u>
	<u>27) Dor de dente</u>	<u>04h00</u>
	<u>28) Dor de dente</u>	<u>05h00</u>
	<u>29) Dor de dente</u>	<u>06h00</u>
	<u>30) Dor de dente</u>	<u>07h00</u>

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

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

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME: Joni Acácio Alvim Castelo DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura radio distal R

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA: _____

CIRURGIA: Ortopastia radio distal R Nº SALA: _____

CIRURGIÃO: Marcelo Lopes CRM-PI: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR (A): _____ CIRCULANTE: _____

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Act em RH radio bloqueio, placa 1/8
2) Anestesia + cap / E Tórax valer punho R / clareira na
placa 1/8 Redução + fixação c/ placa e parafusos e
fixação da ra ulnária com 1/8 Placa na pla
3) Curto

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

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

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

DATA: 05/01/19 HORA: _____


Dr. Marcelo Lopes
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 15517/01-1996

CIRURGIÃO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

MATERIAIS E MEDICAMENTOS SALA CIRÚRGICA

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% ____ ml	FRASCO	02	AGULHA DE RAQUE Nº ____	UND	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 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	
MANITOL 3% 200 ml	FRASCO		SCALP Nº ____	UND	
FORMOL	ML		JELCO Nº ____	UND	01
ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGA DE 50ml	UND	
ÁCOOL 70%	ML	30	SERINGA DE 20 ml	UND	01
PVPI DEGERMANTE	ML	50	SERINGA DE 10 ml	UND	01
PVPI 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	
			DRENO DE KHER Nº ____	UND	
FIOS					
NYLON Nº ____ 3 -	UND	02			
CATGUT SIMPLES Nº ____	UND				
CATGUT CROMADO Nº ____	UND		OUTROS MATERIAIS		
CATEGUT CROMADO Nº ____	UND		LÂMINA DE BISTURI Nº ____ 24	UND	02
ALGODÃO COM AGULHA Nº ____	UND		GAZES	UND	40
ALGODÃO SEM AGULHA Nº ____	UND		ESPARADRAPO	UND	
VYCRIL Nº ____ 1 -	UND	01	MICROPORÉ	UND	
PROPELENE Nº ____	UND		COMPRESSAS	UND	04
PROPELENE AGULHA GRANDE Nº ____	UND		ALGODÃO	UND	
MONOCRYL Nº ____	UND		ATADURA 20 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	POLIFLUX	UND	
			TRANSOFIX	UND	
SONDAGEM			IRRIGOPLAS ____ VIAS	UND	
SONDA URÉTRAL 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		
XYLOCAÍNA 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		
COLAGÊNASE	TUBO		ASPIRADOR		
NEOMICINA	TUBO		BISTURI ELÉTRICO		
NITROFURAZONA	TUBO		PERFURADOR	X	
SULFADIAZINA DE PRATA	TUBO		SERRA		

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: JOSE de Acazio A. Furtado ENF: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 53 Estado Civil: Solteiro ☒ Casado / União Estável ☐
Viúvo ☐ Separado ☐

2. PROCEDÊNCIA: Desta Município ☒ Outras: _____
Deambulando ☒ Cadeira de rodas ☐ Maca ☒ Sozinho ☐ Acompanhado ☐ SAMU ☐

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico ☐ Cirúrgico ☒ Obstétrico ☐

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

Queixa principal: luzaca pulmonar

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 ☐ Sudoréica ☐

Hidratado ☒ Desidratado ☐ Hiperemia ☐ Local: _____

Integridade da pele: Sim ☒ Não ☐ Obs: _____

Rede venosa: Visível ☒ Não visível ☐

Edemas: Ausência ☐ Presença ☒ Local: MSE Generalizado ☐

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico ☒ Bradpnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispneico ☐

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 ☐ Truvo ☐

Sono e repouso: Preservados ☒ Insatisfatórios ☐

Outras queixas: Febre ☐ Dor ☒ Local: MSE 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: _____



REQUISIÇÃO DE PARECER

José de Aécio Nunes

CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____
SERVIÇO: _____ AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA

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

*NOTA EM
FIM DA DE 24 20
diária. Surtido
prático 20
comprimidos*

DATA: *31/04/18*

PROFISSIONAL REQUISITANTE: _____

Assinatura do Médico
Dr. Carlos

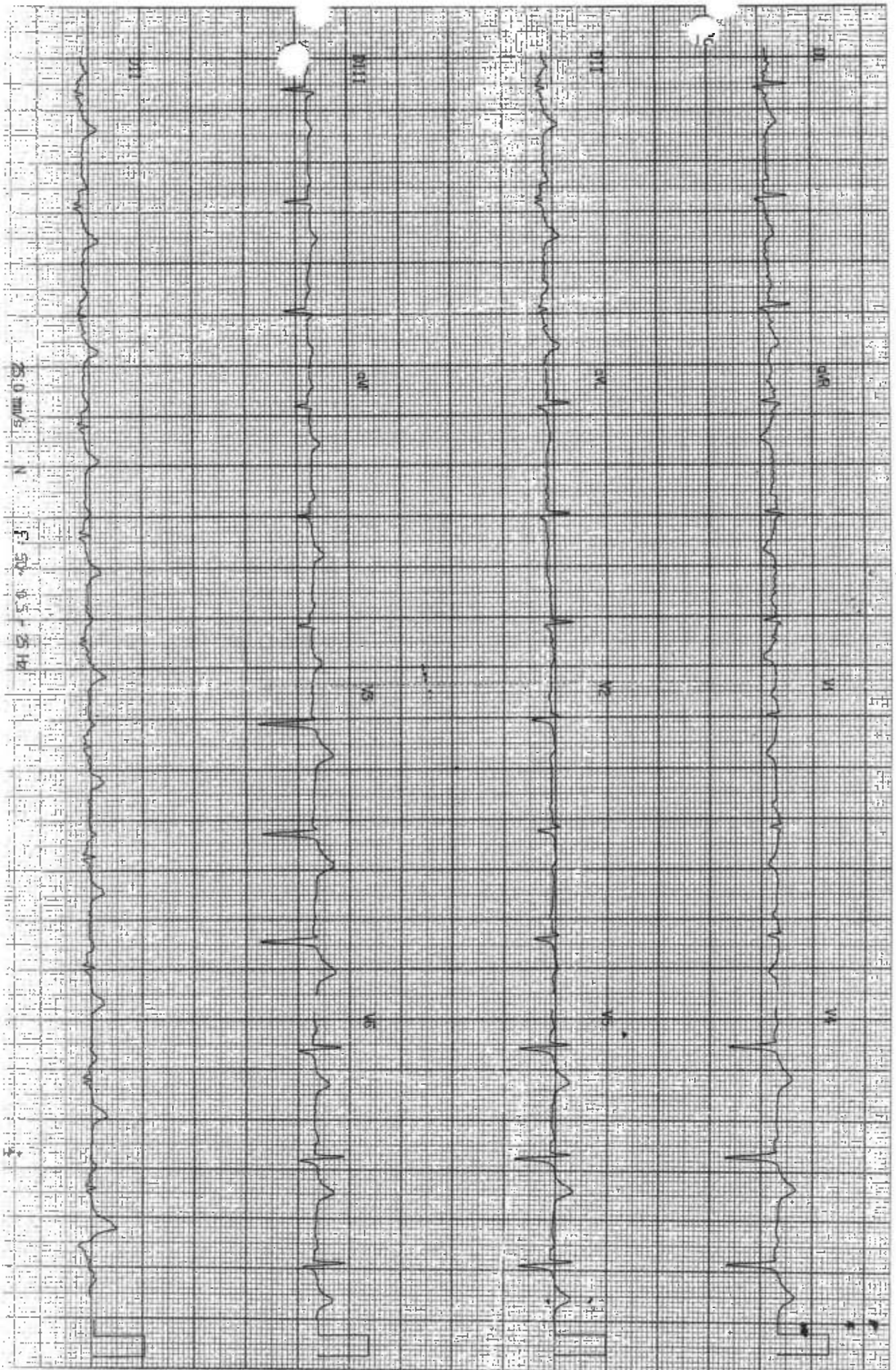
DATA: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____

25/01/2018 13:09

HRM

POUR DE PASSAGE A FURTAD
20:08.10.64
53



Nome: José de Acácio Alves Furtado

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 28/01/2018

Médico: Dr^a Carolina Coelho

RAIO X DO PUNHO ESQUERDO

Fratura distal do rádio.

Dr^o José Luiz da Paz

Radiologista

CRM 0367/ CPF 030.027.993-00



SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JOSÉ DE AGENIO ALVES FURTADO

LAUDO MÉDICO

PACIENTE ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 28/01/2018 TENDO COMO RESULTADO FRATURA NA PUNHA BILATERAL PARA A QUAL FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O MEMBRO ENCONTRA-SE COM 90% NA DEFICIT DA COTOÇA COM MÃO ESTAVANDA. ALTA TOTAL DA TRATAMENTO.

Heldernilton Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 14/05/2018

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr. Denilson
97.5

Na net: radiolider975.wixsite.com/radioliderfm

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

SINISTRO - 3180182573

José de Aguiar Alves Furtado
CPF = 218.046.723-00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 MAI 2018

DPVAT



SAMI

SOCIEDADE DOS AMIGOS DA SAÚDE 21 JUN 2018

RECEITUÁRIO

PLACORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

Nome: JOSÉ DE ACÁCIO ALVES FORTADO

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTA NO DIA 28/01/2018 TENDO COMO RESULTADO FRATURA DA PUNHA ESQUERDA PARA A QUAL FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. HOJE O MEMBRO ENCONTRA-SE COM 90% DA FORTITUDE DA CANGA COM MÓDULO RES-
SISTENTE. ALTA TOTAL DO TRATAMENTO.

Heldernilson Eugênio
Médico
CRM: 2885

Data: 24 / 05 / 2018

Assinatura do(a) Médico(a)



Pergunte ao
Dr. Denilson 97.5

Na net: radioliderfm975.wixsite.com/radioliderfm

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

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 0854691-8 DATA DE EMISSÃO 05/01/2012

NOME JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

FILIAÇÃO RAIMUNDO GOMES RABELO MARIA ALVES FURTADO

CAMPO MAIOR-PI 08/10/1964

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DIRETORIA CERT. NASC. N. 10.553 FLS. 159

LV. A-8 CART. CAMPO MAIOR-PI

CPF 218046723-00

PI016-NRM 4A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

23 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ADILSON CORREIA DE MELO

OLIGRAFIA DO TÍTULADO

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

OUTUBRO DE 2014 Nº 010840630686

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01035004290 2014

RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO

34163891315 PIC-7865

01035004290

YAMAHA/YBR125 FACTOR E 2013 2014

02P/0124CV PARTIC VERMELHA

IPVA

000000000

SEGURO

PBT: 000.29

ALIANÇA FIDUCIARIA

BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

05/08/2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

OUTUBRO DE 2014 Nº 010840630686

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01035004290 2014

RAIMUNDO NONATO DE CARVALHO

34163891315 PIC-7865

01035004290

YAMAHA/YBR125 FACTOR E 2013 2014

02P/0124CV PARTIC VERMELHA

IPVA

000000000

SEGURO

PBT: 000.29

ALIANÇA FIDUCIARIA

BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

05/08/2014

CARTA DE REANALISE

SINISTRO 3180/182573

Eu, JOSE DE ACACIO ALVES 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 solicitar desta Seguradora por não
concorrer com o valor pago por meus fees
como indenização no valor de R\$ 945,00 devido
o grau de lesões sofrido no acidente do dia
28-01-2018 no Ponto Esquadrado com cirurgia
e fees permanentes, exame anexos uma Perícia
Médica para Realizar meu comprometimento de
mobilização do Ponto Esquadrado, uma vez que
nem me encaminharam para um perito oficial
desta e me indenizaram bem abaixo do médico
para os procedimentos do meu e meu Perícia
Médica para Operar e tratar a lesão permanente,
umus fardo por a fides que me encaminhe
a uma Perícia Médica (REANALISE) para corrigir
o erro cometido com meu diagnóstico e
pagar uma indenização justa de acordo com o
comprometimento do grau de lesões sofridas no
acidente.

No aguardo do pagamento de 12
afinados

Cidade Campos Páez, (PI) 30/05/2018

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO
Assinatura da Vitima



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 RAO 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:

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

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: JOSE AUGUSTO ALVES PERES			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: FOM. PUB. ESTADUAL	
RG: 28338914	Org. emissor: SSP/SP	D. Expedição: 17/10/2014	CPF: 226524003-63
Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANTE		Nº: 622	Bairro: CENTRO
Cidade: CAMPO MAIOR	Estado: PI	CEP: 64280-000	

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 LIDER 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 IML, 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.

data: Campo Maior 09.02.2018

ORIGINAL

DE SEGUROS

23 ABR 2018



JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO, DO FE. EM TEST. DA VERDADE. CAMPO MAIOR-PI, 09/02/2018. EMBR. 3,71 TJ:0,74 Selos:0,25 Total:4,70 Selos:02,207 (FIIOPSS)

MARIA THAYNARA ALMEIDA ARAUJO DE OLIVEIRA ESCRIVENTE AUT



(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

Carta nº 12704317



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 LÍDER 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

Carta nº 12775673



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12897036

A/C: JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Nº Sinistro: 3180182573
Vítima: 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.seguradoralider.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 LÍDER 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



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 do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

218.046.723-00

Nome completo da vítima

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 218.046.723-00	Profissão AUTO NOME
Endereço RUA DR. HORA		Número 641	Complemento ASA
Bairro CENTRO	Cidade CAMPO MAIOR	Estado PI	CEP 64280-000
Email jaapere@bol.com.br			Telefone (DDD) 86-999618751

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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 INFORMAR	<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\$ 3.001,00 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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (361) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ NBR _____ Agência NBR _____ D/V _____ Conta NBR _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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/PI, 09 de Fevereiro de 2018

Local e Data

JOSE DE ACACIO ALVES FURTADO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

2º DP DE CAMPO MAIOR

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

BR 343/ PRÓXIMO A REGIONAL DE SAÚDE, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/01/2018 - 14:30

Bairro

SÃO LUIS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ DE ACACIO ALVES FURTADO

Mãe: MARIA ALVES FURTADO

Pat: RAIMUNDO GOMES RABELO

Endereço: RUA DR. MOURA, Nº 641

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

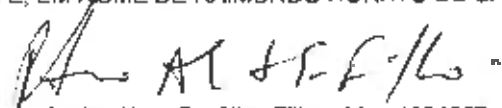
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

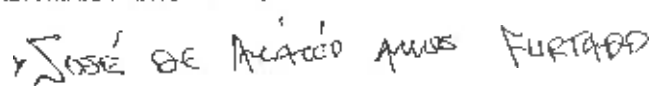
Natureza(s) da Ocorrência

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 SAUDDO 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 SEGUINTE 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 - Notificante
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

0180459-6

COPYRIGHT NOTICE
This publication is copyright © 1978 by the
University of California Press, Inc., Berkeley, CA 94720.
All rights reserved. No part of this book may be reproduced
without permission from the publisher.

U# da Ncto Five 000057584

Accepted for publication 21 June 2002; revised 12 July 2002
 published online 10 October 2002

CONTEÚDO	DATA EMISSÃO	CONSUMIDOR (CNPJ)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	10/01/2018	30	0,00

JOSEANE DA SILVA DAMASCENO
R. DR MOURA 641 CENTRO CENTRO
CPF: 00005318517374
CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

R01: 303.010.03.18.102400

CEP: 64.280-000 - Limão - AP0104		Data de emissão: 03/01/2018	
DADOS DA LEITURA		Data de leitura: 01/12/2017	
Altura	9336	Altura	02/02/2018
Anterior	9336	Anterior	07/01/2018
Atual	1,200	Atual	03/01/2018
Consumo de água	0		
Consumo de energia	30	FCAM	

NINMO

33

Classificação	Liquido	Unidade Particular	Posto	Código Est.	Código 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1044068		1.1.1.1	98

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	30 A R\$ 0,613833 =	18,41
BONUS IMPORTE - LUZ POPULAR		18,41
VALOR A PAGAR NA PROXIMA CONTA		0,94
PAGAMENTO DIFERENÇA FATURA ANT		0,94
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,81	

DATE: 11/11/2001 TIME: 11:59:35

MENSAGEM MOTIVANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

***** AVISO DE DEBITOS VENCIDOS

Mes/Ano	Valor R\$	Informações existentes de acordo com o valor de R\$
01/2019	1000000	
02/2019	1000000	
03/2019	1000000	
04/2019	1000000	
05/2019	1000000	
06/2019	1000000	
07/2019	1000000	
08/2019	1000000	
09/2019	1000000	
10/2019	1000000	
11/2019	1000000	
12/2019	1000000	
01/2020	1000000	
02/2020	1000000	
03/2020	1000000	
04/2020	1000000	
05/2020	1000000	
06/2020	1000000	
07/2020	1000000	
08/2020	1000000	
09/2020	1000000	
10/2020	1000000	
11/2020	1000000	
12/2020	1000000	
01/2021	1000000	
02/2021	1000000	
03/2021	1000000	
04/2021	1000000	
05/2021	1000000	
06/2021	1000000	
07/2021	1000000	
08/2021	1000000	
09/2021	1000000	
10/2021	1000000	
11/2021	1000000	
12/2021	1000000	
01/2022	1000000	
02/2022	1000000	
03/2022	1000000	
04/2022	1000000	
05/2022	1000000	
06/2022	1000000	
07/2022	1000000	
08/2022	1000000	
09/2022	1000000	
10/2022	1000000	
11/2022	1000000	
12/2022	1000000	
01/2023	1000000	
02/2023	1000000	
03/2023	1000000	
04/2023	1000000	
05/2023	1000000	
06/2023	1000000	
07/2023	1000000	
08/2023	1000000	
09/2023	1000000	
10/2023	1000000	
11/2023	1000000	
12/2023	1000000	
01/2024	1000000	
02/2024	1000000	
03/2024	1000000	
04/2024	1000000	
05/2024	1000000	
06/2024	1000000	
07/2024	1000000	
08/2024	1000000	
09/2024	1000000	
10/2024	1000000	
11/2024	1000000	
12/2024	1000000	
01/2025	1000000	
02/2025	1000000	
03/2025	1000000	
04/2025	1000000	
05/2025	1000000	
06/2025	1000000	
07/2025	1000000	
08/2025	1000000	
09/2025	1000000	
10/2025	1000000	
11/2025	1000000	
12/2025	1000000	
01/2026	1000000	
02/2026	1000000	
03/2026	1000000	
04/2026	1000000	
05/2026	1000000	
06/2026	1000000	
07/2026	1000000	
08/2026	1000000	
09/2026	1000000	
10/2026	1000000	
11/2026	1000000	
12/2026	1000000	
01/2027	1000000	
02/2027	1000000	
03/2027	1000000	
04/2027	1000000	
05/2027	1000000	
06/2027	1000000	
07/2027	1000000	
08/2027	1000000	
09/2027	1000000	
10/2027	1000000	
11/2		

23 ABR 2018



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0183311-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual): 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Seguim respeito de Imposto Autorizado pela SEFAZ 05/08

Nº da Nota Fiscal 000520505

A Tarifa Social de Energia Elétrica - LSEE foi criada
pela Lei nº 70.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JAN/2018	15/02/2018	371	359,34

JOAQUIM PERES DE OLIVEIRA
R. BENJAMIM CONSTANT 622 S/C CENTRO
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.288-800 - 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 Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 12/02/2018
Constante Medida:	371	Emissão: 13/01/2018
Consumo Fabricado:	371	Apresentação: 13/01/2018

Forma de Pagamento:	Código de Irregularidade:	Data de Consumo:
---------------------	---------------------------	------------------

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	0000	000000000		000000	0000

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/17 382	CONSUMO 371 A R\$ 0,820571 = 304,46
NOV/17 445	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 42,05
OUT/17 398	CORRECAO MONETARIA IG 13/17-00 1,82
SET/17 426	MULTA POR ATRASO 11/17-00 7,51
AGO/17 332	JUROS DE MORA DE IMPO 11/17-00 3,50
JUL/17 371	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,66
JUN/17 348	
MAI/17 341	
ABR/17 234	
MAR/17 241	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 371 - R\$ 572,090

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Valor R\$	Valor R\$
02/2018 359,34	02/2018 359,34

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
23 ABR 2018
DPVAT