

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ: 27.374.748/0001-05 - L2 195065374
Av. Prof. Cavaleiro Filho, 1960, Jardim os Santos - CEP 64009-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98224-3199

TC 1.38
20190921:0543q

MATÉRIA

13428373-2

FATURA Nº

152754637

MES/ANO

9/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CASRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
06/2019	Lido	01	1,0
07/2019	Lido	01	1,0
08/2019	Lido	02	1,0
09/2019	Lido	03	1,0
04/2019	Lido	06	1,0
03/2019	Lido	07	1,0

FLORÊNCIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA

1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 02/08/2019 147
ATUAL 02/09/2019 149

CONSUMO MÊS M3

10

Letra: 12/12/19

RES. PROEP 30,66 L - 65% = 8,96

COMPS 50,66 M3 - 60% = 4,45

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E M3
0	18 3,0668 04
18	25 5,7128 08
25	99999 9,8510 00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESGOTO - 24,53		
> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,25
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,27
JUROS POR ATRASO	08/2019	0,27
MULTA POR ATRASO	07/2019	0,02
MULTA POR ATRASO	07/2019	1,03
MULTA POR ATRASO	08/2019	1,10

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E M3

VENCIMENTO

14/09/2019

TOTAL PAGAR

58,66

PROBLEMAS/ANORMALIDADES

MENSAGEM

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 DEPENDÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maícu Vital de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 590071253 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Daniel Nascimento Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048714523 / 28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Daniel Nascimento Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048714523 / 28, 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>Rua 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teusina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64000-235</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 9 8848-6923</u>

Local e Data: Teusina, 11/10/2019

Maícu Vital de Souza

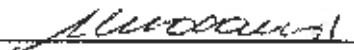
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **26/12/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Daniel Nascimento Silva**, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina – HUT.

Ressalvamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha, registrando o nome Daniel Nascimento ao invés de Daniel Nascimento Silva.

Teresina, 25 de Fevereiro de 2019.



Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa
SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3817	26/12/18	2903	13:44	13:55
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	14:06	19:18			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-AUF	Código IBGE	
	BR 343	Ladeira do Uruguai	7 km		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	Max Supermercado	Daniel Nascimento	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	25-30	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 14	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Fluxão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 113 Resp. 18 Pa. 97 TAX. 97 SatO2 97	Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão na cabeça e no pescoço.		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Chefe 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Chefe 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Observações Interdisciplinar	Paciente colidiu com outro moto, consciente, com lesões múltiplas, pouco colaborativo necessitando de contenção mecânica, sem sinais de fratura, presença de ferimentos contusos no pé direito.				
	Dr. Manoel André Gonçalves Enfermeiro Conducutor				



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Daniel Nascimento

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 498 130

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



DECLARAÇÃO

PROCESSO:045.06672/2019

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 26/12/2018 do (a) paciente DANIEL NASCIMENTO SILVA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1-Nome:onde consta DANIEL NASCIMENTO para DANIEL NASCIMENTO SILVA

2-End.Resid: onde consta NAO INFORMADO – MUNIC. DE TERESINA – TERESINA – PI para QUADRA H. 25, BAIRRO: PARQUE FIRMINO FILHO- TERESINA – PI.

3-Mãe:onde consta NÃO INFORMADO para RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

4-Pai: onde consta NÃO INFORMADO para DAMIÃO MENDES DA SILVA

5-Nascimento: onde consta 01/01/1993 para 25/09/1991


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 11 de março de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

mensagem
C. Geral
Antepesado

Imp: 26/12/2018 14:31:53
(User: CA. GILBERTO)
(Estação: TRAUMA)

UH 69
27/12/18

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: DANIEL NASCIMENTO		Prontuário: 498130
Mãe: NAO INFORMADO	Pai:	
End.Resid.: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 01/01/1993	Idade: 25a11m29d	Sexo: Masculino Fone: 96-99976-0073
Responsável: NAIDES	CNS:	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700058	Entrada: 26/12/2018 14:20:06	Convênio: S O S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NÁ 0:40 MINUTOS, AGITADO, PREJUDICANDO O EXAME FÍSICO (SINAIS DE INGESTÃO ALCOOLICA), NÃO COOPERATIVO. SE SINAIS DE EPISTAXE, OTORRAGIA, VÔMITOS.

A) VIAS AEREA PERVEAS, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

B) MV + BT, SEM RA.

C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, Pelve Estável

D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS.

E) HEMATOMA EM REGIÃO OCCIPITAL

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1125310) - T.C. DE CRÂNIO

(1125311) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

Prescrição Médica:

EXAME: L19400 + L20000
DATA: 26/12/2018 14:54
Hugo Ribeiro
CRM-MA 8596

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO
CRM: Em: 26/12/2018 14:31:52

Dr. Mauro Alves Gonçalves
CRM-MA 8596 / CRM-MA 8596



No. da Autorização de Internação Hospitalar: 164252

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-CNES

5828856

Código de Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**229803****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **IGNORADO**

6 - Prontuário: 498130

7-CNS:

8-Nascimento: 01/01/1993

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: **NAO INFORMADO**

12-Fone: 86-99976-0073

13-Resp: **NAIDES**14-Cor: **Sem Informação**15-Ende: **NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - CEP: 64069-990**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IGBE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em pé D + ferimento em hálux D.

21 - Condições que justificam a internação:

cto cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

exame físico + rx

23-Diagnóstico Inicial:

Informação Posterior)

5913

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0413040178**TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02**01**

CPF

762.451.793-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS**26/12/2018****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNES () CPPE

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

AUDITOR**160119**
Marcos Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
1702639512/2001
Reg. Estadual

02/01/2019 13:29:21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 164252
	AIH: 2218102661544
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HCT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HCT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE IGNORADO	NASCIMENTO 01/01/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 495130
DOCUMENTO	CPF 86999760073	NOME DA MÃE IGNORADO	RESPONSÁVEL NADPS	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AVENIDA MARANHÃO	NÚMERO / LOTE 50		UF PI
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EXPOSTA EM PE D - FERIMENTO EM MALLUNDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ITO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S913 - FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO PE	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CALSAS ASSOCIADAS
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413940178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LÁUDIO ALRELIO NOGUEIRA DOS SANTOS CPF: 76243179309 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/12/2018
DATA ADMISSÃO 26/12/2018 14:20	DATA ALTA 29/12/2018 11:22
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO-ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOH	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CYLSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76256853791 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE: 07/01/2019 20:31:33 CPF:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**DATA 26/12/18

NOME DO PACIENTE: <u>Daniel Nascimento</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>49</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Exot. epoto</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Claudio</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Andre</u>	CPF Nº:
ANESTESISTA: <u>Denise</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Lustiane</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30x8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40x12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>10</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>unid</u>	<u>03</u>		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL							
PROLENE							

COPIA ORIGINAL
COPIA ORIGINAL
COPIA ORIGINAL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Daniel Nascimento*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura exposta húmero D (Desencalcamento)*
Operação - Tipo *LM*
Cirurgião *Dr. Claudio Nogueira* CRM - PI. 3321 / Traumatologia
1º Assistente
2º Assistente *Dr. Claudio* CRM - PI. 3321 / CRM - MA. 9337
3º Assistente
Instrumentador(a) *Eustiane* Anestesista *Raquel* Anestesia *Denise*
Anestésico(a)
Data da Operação *26/12/18* Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

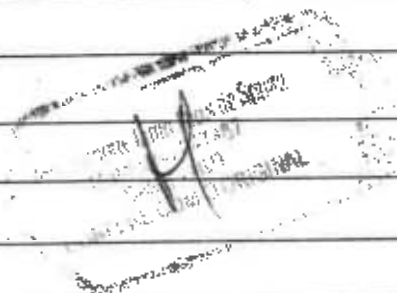
Acidente Durante a Operação

*Obs: Risco de Necrose
Percurso de drenagem*

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

- ① P.I. - DDH sob anestesia
- ② Anestesia + Antimicrobianos + lavagem extensa
- ③ LMC abundante - 3F0,9H.
- ④ Oclusão de descalcamento de húmero
hútero condromatose
- ⑤ Sutura + Curativo

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia
CRM - PI. 3321 / CRM - MA. 9337
3801 12681



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	235	247	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D						09:40 - Paciente de al- ta hospitalar	
29/12/18							ferre	
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12h SN							
6	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs							
7	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h							
8	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
<p>Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</p> <p>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM3435-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</p>								

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Samill Naximento</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>26.12.18</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA I</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO C						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE GÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP LEITO

~~235~~ 235 / 247

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

CLÍNICA

Ortopédica

PRONTUÁRIO

498130

DATA NASC

01/01/1993

IDADE

25

NOME DO PACIENTE

DANIEL NASCIMENTO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DI: 26/12/2018

FRAT. HÁLUX D

28/12/18

Agenda médica de F.O.

1 Dieta oral livre

Visto Nutricionista
Ediana Nogueira CRN/PI 3716

2 Gelco salinizado

3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

4 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

5 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N

6 Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h

7 Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs

8 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

9 clexane 40mg 1amp SC 1XDIA

10 Cuidados gerais e sinais vitais

Dr. Yuri Jivago Félix
Ortopedista/Traumatologista
CRM-MA: 36397

Dr. Glordeno Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3415-TEOT10029 / CRMP12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367

9:40 - Realizado
curativo em F.O.
em hálux D. Utili-
zando gaze + atado-
ra de crepom + SFO,
% + AGE — Deu certo

Handwritten notes and signatures:
12/18 24/18 26/18 28/18
10/18 12/18 14/18 16/18
18/18 20/18 22/18 24/18
26/18 28/18 30/18 01/19



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO		498130	01/01/1993	25	Ortopédica	239	EXT 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI : 26/12/2018	FRAT. HÁLUX D							
27/12/18								
1	Dieta oral livre	Visto e Prescritor Ediana Nogueira CRN 101.112						
2	Jeito salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					24h 06h		38.00 sinais vitais PA 36°C PA 9x5
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN					24h 06h		24:00 PA 100x60mmHg P=80 bpm 95 mm
5	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
6	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 6/6h					22h 06h		
7	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs					24h		
8	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					22h 06h		
9	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
10	Cuidados gerais e sinais vitais					24h		
<p>Dr. Glordano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</p> <p>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM3415-FCO110029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT-11305 / CRM3367</p>								



Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DANIEL NASCIMENTO	498130	Ortopédica	239	Extra	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS		
	# EXPOSTA MID		23:20 - Paciente admitido procedente da RPA em POL/MC de fratura exposta de hálux D, consciente, orientado, fásico. Desconhece alergia a medicamentos e comorbidades.		
26/12/18	1 Dieta oral ZERO				
	2 SF 0,9% 1000 ml EV ABERTO	16:35			
	3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h	16:35			
	5 Tenoxicam 20mg dil EV 12/12h	24 06			
	6 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h				
	7 Cefalotina 1g dil EV 6/6h				
	8 CUIDADOS GERAIS E DE HIGIENE				
	AO CENTRO CIRÚRGICO II APÓS LIBERAÇÃO CLÍNICA E CIRURGIA				
	Pos Op				
	Amoxiclavina 600/22 + 600/22 EV 6/6h				
	Ciprofloxacina 500 EV 12/12h				
	Liberação do dente médio p/ cirurgia ortopédica				
	As 16h50 - Cirurgia Genuf				
	CD: 1) Sem conduta de cirurgia genuf				

Dr. Carlo Paz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-MA: 3054

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 9552

Dr. Carlos Roberto de Sá
Médico
CRM-MA: 1556

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Daniel Nascimento Silva IDADE 36 anos DATA 26 / 12 / 2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 (hs) 10 (min) TIPO DE ANESTESIA: () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL (X) SEDACÃO
 CIRURGIÃO Dr. D. H. D.

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/68 mmHg</u>	<u>107/62</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>97 bpm</u>	<u>68</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elisângela</u>	<u>maia</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROVLIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL		09
ESCALA DE DOR ALTA	ASS.		maia

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
ml	ml	ml	ml		
ml	ml	ml	ml		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
20:10 - Paciente chega na RPA no PC1 de LMC de hálux D, consciente, respiração espontânea, boa sputa, hemodinamicamente estável, em HU, sem queixas, novo

ASS. maia

26/12/2018

ALTA SRPA

26/12/2018

ANESTESIOLOGISTA

RESERVAÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () () QUÊM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tello 1820 - Adolpho - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGNORADO (Prontuário: 498130)**
Endereço: **NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI CEP: 64069-990**
Nascimento: **01/01/1993** Idade: **25a11m25d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento:
Requisição: **905123** Solicitação: **26/12/2018** Solicitante: **ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO**
Controle: **1125311** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/12/2018

T.C. DE COLUMA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- FRATURAS COMPLETAS LOCALIZADAS NA LÂMINA DIREITA DE C6, BEM COMO NAS FACETAS ARTICULARES CONTÍGUAS DE C6 E C7 DESTE LADO.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.
- PARTES MOLES PARAVERTEBRAIS EUTRÓFICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/12/2018

RAPHAEL VÉLOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



1269545

Daniel Nascimento Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.010.994

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/07/17

NOME

DANIEL NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO

RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA
DAMIÃO MENDES DA SILVA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

25/09/1991

DOC. ORIGEM

CERT.NASC. 52741 L A68 F 96V
EXP TERESINA-PI 11/02/92

1269545

Francisco de Assis Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

048.714.523-28

Nome

DANIEL NASCIMENTO SILVA

Nascimento

25/09/1991

CÓDIGO DE CONTROLE

E528.A27E.F755.7B37



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:35:28 do dia 25/07/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Marcia Vital de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL 2.350.007 DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/01/11

NOME
MÁRCIA VITAL DE LIMA

PROTEÇÃO

NEUSA MARIA VITAL DE LIMA
MANOEL BEZERRA DE LIMA DATA DE NASCIMENTO

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA 12/02/1972

CERT. CASAM. 20633-L 578-F 213
OBP TERESINA-PI 04/06/08

TERESINA-PI
590.071.253-20 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

PI Nº 014208649034 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

DETRAN - PI		Nº 014208649034	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VÁL. 1 00505533612	DOB. RENAVAM 000 00505533612	NOME R C FARIAS E SILVA	EXERCÍCIO 2019
CPF / CNJ 10984576000124		PLACA PLACA ANT /UF	QUAISS 962JJC4130DRU03745
MARCA / MODELO HONDA / CG 125 CARO KS		CATEGORIA PARTICU	ANO FAI 2012 / ANO MOD 2013
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	DATA DE PAGAMENTO
P 1 V 2 A 3	PAGA PIVA PARELAMENTO / COTAS	PAGA PIVA PARELAMENTO / COTAS	PAGA PIVA PARELAMENTO / COTAS
PREMIO TAXA JARDIM (R\$) 100,00 PREMIO TOTAL (R\$) 100,00 DATA DE PAGAMENTO			
SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES			
DOCUMENTO DE ARTE E LICENCIAMENTO Nº VALDO PARA TRANSFERENCIA DET 001,11			

[illegible]

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.240.000/0001-04

MARCH 2010

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190581778 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 26/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA COLUNA CERVICAL SEGMENTO C6.
FRATURA DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HÁLUX: DEBRIDAMENTO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.
(P6,7,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO HÁLUX DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Daniel Nascimento Silva
RG: 3.010.994 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 048.714.523-28
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Téc. de Instalação
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: Márcia Vital de Lima
RG: 2.350.007 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 590.071.263-20
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Pedagoga
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98848-8923 (86) 99830-7746 (86) 99945-5966

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Daniel Nascimento Silva
CPF: 048.714.523-28 Data do Acidente: 26/11/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Teresina 09 de Outubro de 2019
Local e data

Daniel Nascimento Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356071/19

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

CPF: 048.714.523-28

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/12/2018

Titular do CPF: DANIEL NASCIMENTO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCIA VITAL DE LIMA : 590.071.253-20

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

DANIEL NASCIMENTO SILVA : 048.714.523-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: MARCIA VITAL DE LIMA
CPF: 590.071.253-20

MARCIA VITAL DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581778

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190581778

Vítima: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 26/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL NASCIMENTO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: DANIEL NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000104784-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048714523-28 4 - Nome completo da vítima: Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo: Daniel Nascimento Silva 6 - CPF: 048714523-28
7 - Profissão: Tec. Instalações 8 - Endereço: Qd - H 9 - Número: 25 10 - Complemento: Pq Firmino Filho
11 - Bairro: Santa Maria da Colígia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-377
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 104784 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 11/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daniel Nascimento Silva 42 - Assinatura do Procurador (se houver) Márcio Vital de Sousa





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003514/2019-11

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Rep. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 13/09/2019 - 11:27

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR-343, LADEIRA DO URUGUAI, Nº:

Complemento

Bairro

URUGUAI

Ponto de Referência

EM FRENTE AO SUPERMERCADO MAXX

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL NASCIMENTO SILVA

RG: 3010894 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA NASCIMENTO SILVA

Pai: DAMIÃO MENDES DA SILVA

Endereço: QUADRA H. CASA 25, Nº 25

Complemento: BAIRRO PARQUE FIRMINO FILHO

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 CARGO KS, PLACA QEB-1031, COR BRANCA, RENAVAM 00505533642, CONDUZIDA PELO SR. JEFFERSON DA SILVA LIMA (CPF. 603.155.783/51) E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO NA ALTURA DO SUPERMERCADO MAXX UMA OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA ENTROU NA MESMA VIA VINDO A COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DA MOTO DO NOTICIANTE QUE VIERAM A CAIR NO CHÃO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HUAT (PRONT. 498130). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL.

Daniel Nascimento Silva
DANIEL NASCIMENTO SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Túlio Rêgo Leite Araújo
Delegado Geral de Polícia Civil
M. 13.01.19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048714523-28 4 - Nome completo da vítima: Daniel Nascimento Silva

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

5 - Nome completo: Daniel Nascimento Silva 6 - CPF: 048714523-28
7 - Profissão: Tec. Instalações 8 - Endereço: Qd - H 9 - Número: 25 10 - Complemento: Pq Firmino Filho
11 - Bairro: Santa Maria da Codipa 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-377
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 104784 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 11/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Daniel Nascimento Silva 42 - Assinatura do Procurador (se houver) Márcio Vital de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000104784-0

Nr. da Autenticação B2C0A0021BFFA053

