



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código BGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	
	02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre	1 - A pé	1 - Automóvel	X Capacete	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	
	4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Obedece a comandos	Pulso	
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	1 - Igual	1 - Chelo	1 - Sim	0 - Sem Dor	
Assistência	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Aspiração	32 Hospital de Destino	1 - Melhorado	1 - Sim	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	36 Observações Interdisciplinar				

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: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCONIS NOBRE DE SENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000069560-1

Nr. da Autenticação 246D3EF3A7D0D2B0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040.748/0001-00 | Ins. Estadual: 10.201.382-5
Nota Fiscal / Cont. de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 011201929

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	25/09/2018	182	215,09

MARIA DO CARMO DA SILVA COSTA
R. CORRENTE 432 AGUA MINERAL
CPF: 00093610783301
CEP: 64.006-510 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	2384	Atual:	18/09/2018
Anterior:	2202	Anterior:	17/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/10/2018
Consumo Medido:	182	Emissão:	27/09/2018
Consumo Padrão:	182	Apresentação:	18/09/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classificação	Ligação	Número Medidor	Potência	Código Fato
RESIDENCIAL	MONO	A1849933		1.4.1.1
				131

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/18 174	CONSUMO 30 A R\$ 0,286372 = 8,59
SEP/18 137	70 A R\$ 0,490937 = 34,36
OUT/18 172	82 A R\$ 0,736399 = 60,38
NOV/18 145	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 8,98
DEZ/18 147	DIFERENÇA DE TARIFA 48,31
JAN/18 111	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 35,04
FEB/18 100	DOAÇÃO LCV - 0800 055 5099 20,00
MAR/18 91	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X) 3,42
ABR/18 116	MULTA POR ATRASO (2X) 6,94
MAY/18 109	PARCELAMENTO DE DÉBITOS 17/24 56,36
JUN/18 109	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 2,79
JUL/18 109	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,19

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LEQUE COM 05 DIAS E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 17/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RECORRENDO AO FISCO C594.C5E8.0AAC.1438.1010.F734.B006.715B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,38	Base de Cálculo:	151,64
Energia:	59,68	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	9,38	Valor do ICMS:	33,36
Encargos:	9,51	Valor do PIS:	1,48
Tributos:	41,69	Valor do COFINS:	6,65

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
0,00			0,00			0,00

PI CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

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 8h 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 estabelecido 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, PRIVIDÊNCIA 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, REGERER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Socorro de Maria Feres Queiroz

inscrito (a) no CPF/CNPJ 482 034 403, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcelo de Nobre de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 829 593, 30

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Marcelo de Nobre de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 052 829 593, 30, 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. Major Antonio Jota</u>	Número: <u>3825</u>	Complemento: <u>Lado A</u>
Bairro: <u>Redenção</u>	Cidade: <u>TEUCÂNIA</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>64.000-000</u>	Tel.(DDD): <u>86-99153-9581</u>

Local e Data:

TEUCÂNIA-PI 18.02.19

Socorro de Maria Feres Queiroz

Assinatura do Declarante

PI CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h 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

Eu, Antonio Carlos Cardoso da Silva

RG nº 365934, data de expedição 23/10/80

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 20108953368

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

Piçarra, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Avenida Barão do Bugeira, nº 2066

complemento Carim, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Marcosia Nobre de Senna, cujo o condutor era

MARCOSIA NOBRE DE SENNA

Veículo: Moto Modelo: Honda NXR 150 Ano: 2017

Placa: NID-8324 Chassi: 9C2KD04209R001609

Data do Acidente: 11/10/18

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

5º Ofício

Local e Data: TERESINA-PI 12/02/2019

Antonio Carlos Cardoso da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Mônica M.
Esc.

RECONHECIMENTO DE FIRMA
RELA MARIA DE CASSIO DIAS RIBEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA
ABR 36290

CARTÓRIO
DJALMA VELOSO

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelã
Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (06) 3221-6665

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO CARLOS CARDOSO DA SILVA. DOU FE. EN TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 12/02/2019. Empl.: 3.85 TJ30 FMP: 0.10 Selo: 0.26
Total: 4.98 Selo: 36290 (F410P113)
RELA MARIA DE CASSIO DIAS RIBEIRO-ESCREVENTE AUTORIZADA



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

PJ COORDENADOR
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Marconis Nobre de Sena

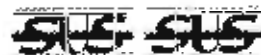
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 289 291

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPC: 05.522.917/0027-02



Imp: 11/10/2018 12:24:34

(User: RODOLFFO MARTINS)

(Relação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA		Prontuário: 289291	
Mãe: MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA		Pai: ANTONIO SOARES DE SENA	
End. Resid.: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 08/09/1991	Idade: 27a1m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9536-5349
Responsável: RAFAEL SILVA COSTA		CNS: 698003908677922	
Profissão: OPER. DE MAQUINA		CPF: - - - * RG: 3226917 - SSP	
G. Instrução: Médico Incompleto		E. Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688592	Data: 11/10/2018 12:23:22	Condução: APODIANCA DO SAUO	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não	CID Secundário: 1299

DADOS CLÍNICOS:

Fratura exposta tíbia D, lesão contante no dorso do pé D

PROMOTORIA
DE SEGURANÇAS

22 FEV 2019

DEPAT

PA ☒ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Tem: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ao cc

RAIO-X REALIZADO
DATA 11/10/2018

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	DESTINO: () Família () IML () Anat. Patol.	() Retorno à Unid. Origem	() Transferência
		DATA SAÍDA: / / HORA: :	
ÓBITO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs		() Internação na Unidade	
		Proced. Solicitado: 0408050500 CID Compatível: 882.2	
		Prof. Solicitante Intimação:	

Assinatura Paciente ou Responsável:

Carimbo- Assinatura - Profissional BF

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: R6 3218 5445

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

Tm: 11/10/2018 12:24:54

(RODOLFO MARTINS)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA		Prontuário: 289291	
Mãe: MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA		Pai: ANTONIO SOARES DE SENA	
End. Resid.: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 08/09/1991	Idade: 27a1m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9536-5349
Responsável: RAFAEL SILVA COSTA		CNS: 898003908677022	
Profissão: OPER. DE MAQUINA		Documento: CPF: . . .	
G. Instrução: Médico Incompleto		E. Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 688592	Data: 11/10/2018 12:23:22	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/10/18 : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TCE + Fratura Exposta Tibia

CD: Raio-x

Solicito avaliação da clínica médica

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR Nº LAUDO: 139452
 AIH: 2218101746498

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700305930583F39	MARCONIS NOBRE DE SENA	09/09/1991	M	289291
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86999999999	MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA SENA	RAFAEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		412		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RISOLITA NEVES		221100 TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA TIBIA D, LESÃO CORTANTE EM DORSO DO PE D.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO - RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAPFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DE DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050900 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAPFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

CARÁTER	SOLICITAÇÃO	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)
URGENCIA	11/10/2018	ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	CRM
11/10/2018 12:33	12/10/2018 09:00	CPP: 83823077368
	MOTIVO ALTA	
	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CPF: 07939400363 CRM	DATA ANÁLISE 11/10/2018 14:59:27 JCPF
	CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

[Handwritten signature]

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 10 / 98

NOME DO PACIENTE: <u>Wlirconis Nobre de Sena</u>		CRONTUÁRIO Nº: <u>289391</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dre Auzana</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR: <u>Dra R3 Denine</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA: <u>Dr. Jackson</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <u>Solange</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6.5. 7.0 e 7.5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0 e 8.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	250		PVPI TINTURA	ML	30	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO Nº	UNID.	01		<u>Crepom</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				SECRETARIA DE SEGUROS 23-FEV-2009 DPVAT			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Klenia</u>			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Evaldiana</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Marcos Nobre de Sena

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Exposta Diáfise Tibial D + Lesão Tendões Externos Pé D

Operação - Tipo

UMC + Fixação Interna Tibial + Tenorrafia

Cirurgião

Ayrana

1º Assistente

Demis

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

11.10.18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura Exposta diáfise Tibial D
Lesão Tendões Externos Pé D

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Ø

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Piel em DDA sob raqui anestesia
- ② Anestesia e antissepsia + campos estéril
- ③ UMC pé e perna
- ④ Tenorrafia de tendões externos do pé
- ⑤ Extensão da incisão em face medial da perna
- ⑥ Redução da fratura
- ⑦ Fixação com placa xCP estrutural 8 furos
- ⑧ Sutura + Quetico

22 FEV 2019

AG 1

 FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: ELIAROMAS NOBRE DE SENA		Sala: 05	Alergia: NEGA
Procedimento: HTO CIB. FRATURA TÍBIA		Cirurgião:	Data: 11/10/18
Observações:		Observações:	

Agente	Unid	5	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolin	2g	X											
2 Clonazepam	0,5mg												
3 Paracetamol	150mg												
4 Insul. 0,5U	15mg												
5 Furosemida	15mg												
6 Diurético	80mg												
7 Quinolona	9mg												
8 Benzodiazepina	2g												
9 Insul. 0,5U	100mg												
10 Clonazepam													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico **USG, 320**
- Cat. Venoso nº **6**
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos **2** cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal **3P/ind. 150**
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PAM
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: **DOSSA**

SP02 (%)	96	98	98	98	98
ETCO2 (mmHg)	ETCO2	25	25	25	25
Aces. Venoso	SF	SF			
Aces. Venoso	V	V			
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: **Raqui-anestesia em L3-L4 com fentanil 200 e LIDO, Clonaz.**

Assinatura:
Dr. A. A. A. A.
Med. Anestesiologista
CRM 123456

Anestesiologista



JUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

extra 7

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARCONIS NOBRE DE SENA		289291	27	ORTOPEDIA	Corredor 7		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DI: 30/12/18	FRAT. TIBIA+LESÃO TENDÃO PÉ D						
12/10/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs						
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs						
10	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Ricardo S. Valença Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia							
CRM3415-TEOT10029	CRM12308	CRM3760-TEOT11305	CRM3367				

Northony

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Marcos Nobre de Sousa		Ortopédica			
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
11/10/18	# POI Fixação Fratura Tibial + Tenarografia Pé				20:50 - Paciente admitido procedente da SRPA em Pol Hemodinâmica de Pronto Socorro de Tibial + tenarografia do Pé D, consequente, orientado, físico. Nega patologias endócrinas e alergias a medicamentos.
1	DIETA ORAL LIVRE após RPA				
2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA				
3	RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 H				
4	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
5	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/6 H				
7	CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H				
8	SSV e CCGG				
9	Higienização das mãos, 2x/dia				
	SC 12/12h				
0					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcos Roberto de Jesus IDADE 26 anos DATA 11/10 /2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃOCIRURGIA REALIZADA frat. Tibia CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>118/65</u>	<u>110 x 53</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>105</u>	<u>126</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Rome</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta diáfragma ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL		10	
ESCALA DE DOR ALTA 			ASSC Klénia Freire Parentes ENF. ESPECIALISTA COREN-PI: 484025		V. M. de Jesus F. M. de Jesus	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:45 Admitido na SRPA, em POC de fr. Tibia. Consciente, orientado. Exame em RR. RU positiva.

Dr. Marcos Luciano Crisanto
 Médico
 CRM - PI 5081
 CRM - MA 7296

ALTA SRPA
 HORÁRIO
 ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCONIS NOBRE DE SENA** (Prontuário: **289291**)
 Endereço: **RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **08/09/1991** Idade: **27a4m3d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **688592**
 Requisição: **882211** Solicitação: **11/10/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1093068** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080168

Data Exame: 11/10/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no 1/3 médio da tibia.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Fratura no 1/3 médio da tibia.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/01/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCONIS NOBRE DE SENA (Prontuário: 289291)**
 Endereço: RUA CORRENTE N412 CONJ. RIZOLETA NEVES - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 08/09/1991 Idade: 27a3m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 224827
 Requisição: 882322 Solicitação: 11/10/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1093199 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ANEXO I EXTRA 004

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060188

Data Exame: 11/10/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço médio da tíbia direita.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/12/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



[Handwritten signature]



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: Hospital ProMorar

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do exame: 20/12/2018

Id Paciente: 3540HP

Data do laudo: 27-12-2018

Raio X de Perna Direita

Exame radiológico de controle pós-operatório de fratura cominutiva mediana da tíbia direita.
Presença de placa e parafusos metálicos para correção da fratura.

Conclusão: fratura cominutiva da tíbia direita. Controle radiológico evolutivo pós-operatório.

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro

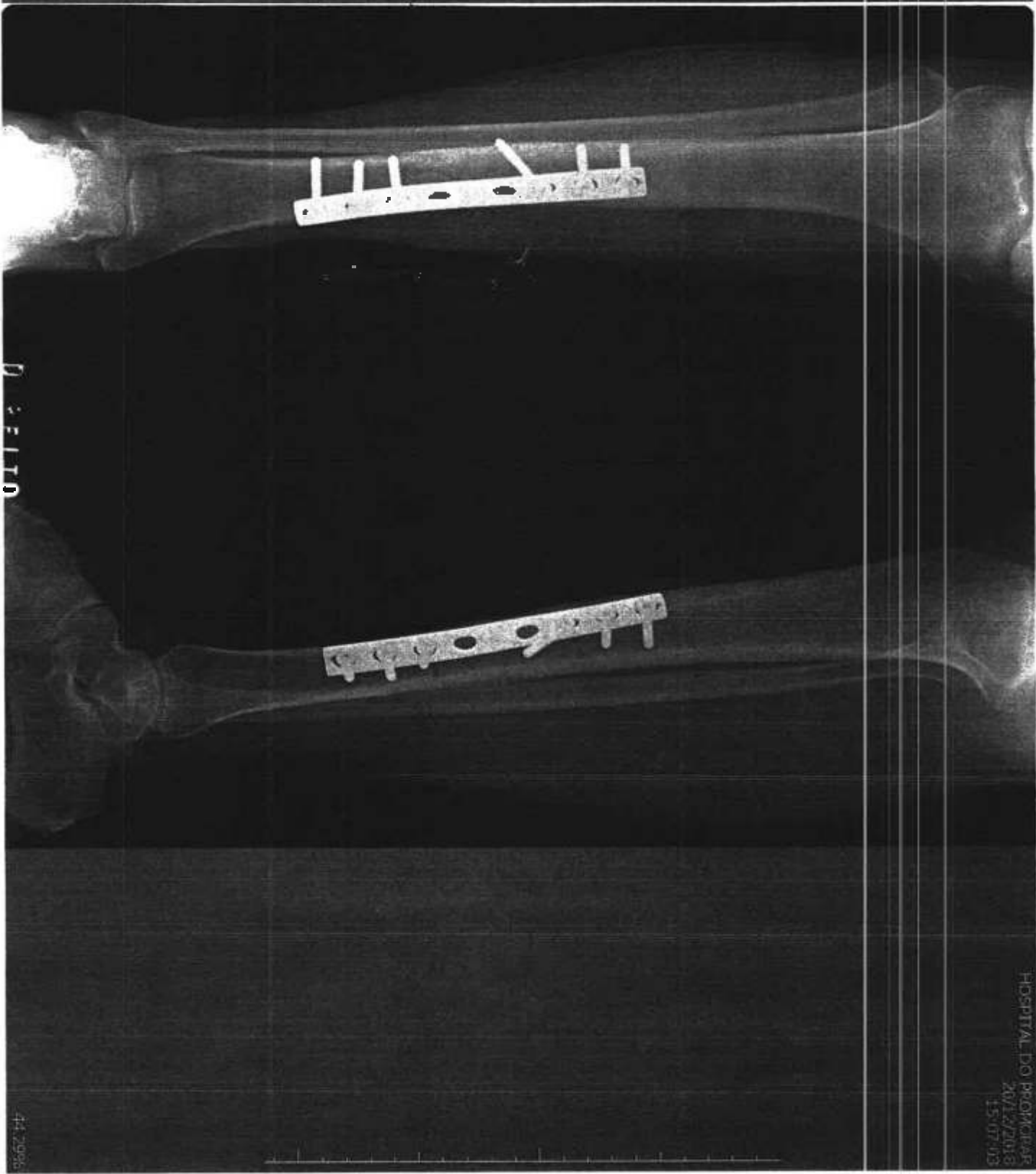
Médico Radiologista

CRM-PI: 805



MARCONIS, NOBRE DE SEN A
0277 M 3540-HP
NASC: 08/09/1991
PERNA LAT
LOW EXM
4280 X 3520

HOSPITAL DO PRONCIAR
20/12/2018
15:07:03



W1028 L 511

0 2 1 7 0

44 7996

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



marcelino nobre de sena
1227808

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.226.917 DATA DE EMISSÃO 11/04/18

NOME ~~MARCELO NOBRE DE SENNA~~ MARIA ZELIA NOBRE DE SOUSA
FILIAÇÃO ANTONIO SOARES DE SENNA
NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 08/09/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 1783 L AZ F 147V
EXP. ALTOS-PI. 06/04/18
CPF 052.827.593-30
1227808

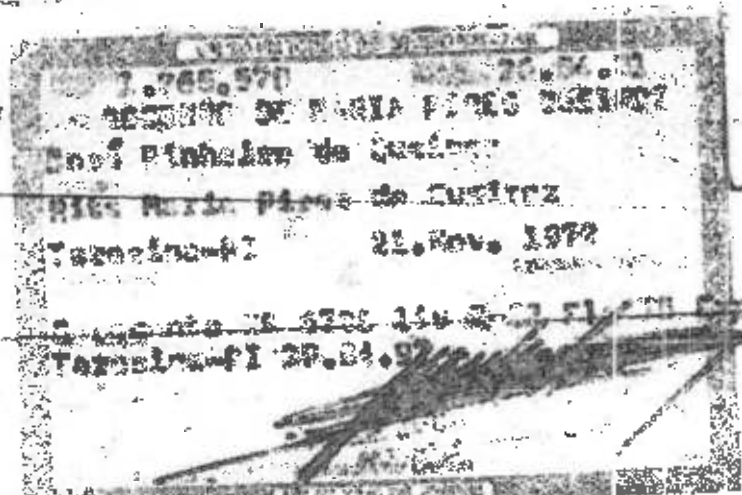
Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Secretaria de Segurança Pública - Piauí

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83 - DECRETO Nº 88.350/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DPVAT



21/08/2018

Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF

RECEITA
DE SEGUROS

22 FEV 2019

DFVAT



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 482.034.403-04

Nome: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Data Nascimento: 21/11/1972

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166521 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA **Data do acidente:** 11/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA + LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE + TENORRAFIA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066123/19

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

CPF: 052.827.593-30

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/10/2018

Titular do CPF: MARCONIS NOBRE DE SENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ : 482.034.403-04

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

MARCONIS NOBRE DE SENA : 052.827.593-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ
CPF: 482.034.403-04

SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166521

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do Acidente: 11/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCONIS NOBRE DE SENA

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, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166521

Vítima: MARCONIS NOBRE DE SENA

Data do Acidente: 11/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SOCORRO DE MARIA PIRES QUEIROZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCONIS NOBRE DE SENA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCONIS NOBRE DE SENA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000069560-1

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052 82759330 Nome completo da vítima: Marcos Nóbil de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo: Marcos Nóbil de Sousa CPF: 052 82759330

Profissão: RECUADO-ME RUA - COINTE Número: 412 Complemento: 1070

Bairro: Água Mineral Cidade: TEGUPANA Estado: PI CEP: 89.006-510

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86- 99753-9581

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 69560 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

22 FEV 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data, Terre - PI 22.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000618/2019-56

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 13/02/2019 - 15:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

11/10/2018 - 11:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MARQUÊS

Endereço

RUA MAGALHÃES FILHO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

BANCO DO BRASIL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCONIS NOBRE DE SENA (27 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3226917 SSP PI

Mãe: MARIA ZÉLIA NOBRE DE SOUSA SENA

Endereço: RUA CORRENTE, Nº 412

Bairro: RISOLETA NEVES

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR PRETA, PLACA NID-8324-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO CARLOS CARDOSO DA SILVA, QUANDO COLIDIU COM A PORTA ABERTA DE UM AUTOMÓVEL QUE ESTACIONOU EM LOCAL NÃO REGULAMENTADO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 289291). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima Cordeiro
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marconis Nobre de SENA
MARCONIS NOBRE DE SENA (27 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 052 82759330 Nome completo da vítima: Marcos Nóbil de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo: Marcos Nóbil de Sousa CPF: 052 82759330

Profissão: RECUADO-ME RUA - COINTE Número: 412 Complemento: 1070

Bairro: Água Mineral Cidade: TEGUPANA Estado: PI CEP: 89.006-510

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86- 99753-9581

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 69560 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 51º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Terre - PI 22.02.19

Nome: _____ 1º Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-me ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.