



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68**

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 19/02/2019 - 16:16

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

11/01/2019 - 04:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

OEIRAS

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI-143 ANEL VIÁRIO - PRÓXIMO AO CAIC, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.320.307 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA 13 DE MAIO, Nº S/Nº

Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9446-7403

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA	OUTROS	2018	PIZ3308	9C6RG3140J0016493	01166609305	Branca

Condutor: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

RG: 2.320.307 Órgão: SSP UF RG: PI

End: TRAVESSA 13 DE MAIO Número: S/Nº Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: ISRAEL DE SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

DECLARA a noticiante que, no dia 11/01/2019, por volta das 04:20 horas, trafegava pelo ANEL VIÁRIO (PI-143), sentido BR-230, conduzindo a motocicleta de marca YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, ANO DE FAB./MOD.: 2018/2018, COR: BRANCA, PLACA: PIZ-3308-OEIRAS-PI, CHASSI: 9C6RG3140J0016493, RENAVAM: 01166609305, em nome de ISRAEL DE SOUSA, QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do CAIC, perdeu o controle de direção de referido veículo, vindo a cair; QUE em decorrência da queda, apresenta edema periorbital direita, corte em região facial direita e escoriações pelo corpo, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Oeiras e logo depois transferida para o Hospital Regional Deolindo Couto (HRDC), em Oeiras, onde foi feito procedimento cirúrgico na face. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
 AGENTE DE POLÍCIA

*Romana Maria da Conceição Sousa*  
 ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA - Noticiante  
 Responsável pela Informação

*Antônio Nilton S. ...*  
 Delegado de Polícia Civil  
 Matr. 11.124



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Delegado de Polícia

*Antônio Nilson L. de M. M.*  
Delegado de Polícia Civil

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT





TOTONHO FREITAS, 657, 00  
 CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000  
 CNPJ: 06553564001371  
 (89) 3462-1213 - ( )

Atendimento: P063931  
 Data: 11/01/2019  
 Funcionario: SILVERIA  
 Senha 40

Registro: 8375  
 Hora: 04:46:00  
 Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
 SUS

ROMANA MARIA, DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTAO DO SUS 702802178712960  
 Nasct.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissao: Civil: OUTROS CEP: 64500-00  
 End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: CEIRAS/PI  
 Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 702802178712960  
 Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - G Temp.: 0°C Peso: 0Kg F.A.: 0

**Procedimentos**

- 11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- 11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA), NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
 11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAGA DA SILVA

**DADOS CLÍNICOS**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA), NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

J CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2019

**DIAGNÓSTICO**

TRAUMA

DRVAT CID 9999

**EXAMES COMPLEMENTARES**

RX RGTINA TRAUMA

**PRESCRIÇÃO MEDICA**

CURATIVO E SUTURA  
 TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP  
 (TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM 1 R

Gesmiel Cordeiro Gales  
 COREN-PI 40368-TE

**CONDUTA MEDICA**

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:30:22

As 08:30:

paciente aguarda avaliação de seus membros.  
 ausência de dor.

PA: 139/95 mmHg - Pulso de 89 bpm, EV. em 11. 9/10

Resposta - 100% EV. 10/10

Dr. Evandro Júnior M. Leal  
 Médico  
 CRM-PI 7465



Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Emprego (copiar e colar a estrutura):  DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

026.026.333-80 ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
 DO LAR ROSÁRIO  
 Endereço: TRAVESSA - 43 DE MAIO  
 Cidade: OETAPE  
 Estado: PRAIA  
 CPF: 026.026333-80  
 Número: 512 Complemento: -1-  
 CEP: 64.500.000  
 Telefone: 89 99446-7403

VALOR MENSAL:  R\$ 1.000,00  R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 4.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 6.000,00 ATÉ R\$ 7.000,00  R\$ 8.000,00 ATÉ R\$ 9.000,00  R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 11.000,00  R\$ 12.000,00 ATÉ R\$ 13.000,00  R\$ 14.000,00 ATÉ R\$ 15.000,00  R\$ 16.000,00 ATÉ R\$ 17.000,00  R\$ 18.000,00 ATÉ R\$ 19.000,00  R\$ 20.000,00 ATÉ R\$ 21.000,00  R\$ 22.000,00 ATÉ R\$ 23.000,00  R\$ 24.000,00 ATÉ R\$ 25.000,00  R\$ 26.000,00 ATÉ R\$ 27.000,00  R\$ 28.000,00 ATÉ R\$ 29.000,00  R\$ 30.000,00 ATÉ R\$ 31.000,00  R\$ 32.000,00 ATÉ R\$ 33.000,00  R\$ 34.000,00 ATÉ R\$ 35.000,00  R\$ 36.000,00 ATÉ R\$ 37.000,00  R\$ 38.000,00 ATÉ R\$ 39.000,00  R\$ 40.000,00 ATÉ R\$ 41.000,00  R\$ 42.000,00 ATÉ R\$ 43.000,00  R\$ 44.000,00 ATÉ R\$ 45.000,00  R\$ 46.000,00 ATÉ R\$ 47.000,00  R\$ 48.000,00 ATÉ R\$ 49.000,00  R\$ 50.000,00 ATÉ R\$ 51.000,00  R\$ 52.000,00 ATÉ R\$ 53.000,00  R\$ 54.000,00 ATÉ R\$ 55.000,00  R\$ 56.000,00 ATÉ R\$ 57.000,00  R\$ 58.000,00 ATÉ R\$ 59.000,00  R\$ 60.000,00 ATÉ R\$ 61.000,00  R\$ 62.000,00 ATÉ R\$ 63.000,00  R\$ 64.000,00 ATÉ R\$ 65.000,00  R\$ 66.000,00 ATÉ R\$ 67.000,00  R\$ 68.000,00 ATÉ R\$ 69.000,00  R\$ 70.000,00 ATÉ R\$ 71.000,00  R\$ 72.000,00 ATÉ R\$ 73.000,00  R\$ 74.000,00 ATÉ R\$ 75.000,00  R\$ 76.000,00 ATÉ R\$ 77.000,00  R\$ 78.000,00 ATÉ R\$ 79.000,00  R\$ 80.000,00 ATÉ R\$ 81.000,00  R\$ 82.000,00 ATÉ R\$ 83.000,00  R\$ 84.000,00 ATÉ R\$ 85.000,00  R\$ 86.000,00 ATÉ R\$ 87.000,00  R\$ 88.000,00 ATÉ R\$ 89.000,00  R\$ 90.000,00 ATÉ R\$ 91.000,00  R\$ 92.000,00 ATÉ R\$ 93.000,00  R\$ 94.000,00 ATÉ R\$ 95.000,00  R\$ 96.000,00 ATÉ R\$ 97.000,00  R\$ 98.000,00 ATÉ R\$ 99.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEZENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA  
 CONTA POUPEANÇA (Somente para as opções abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Caixa Econômica Federal (304)  
 Banco do Brasil (001)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 4383 - CONTA: 64389 9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informe o código da agência) (Informe o número da conta)

Autenticado pelo titular da conta bancária informada, de acordo com a titularidade e o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, autorizo a abertura de uma conta corrente em nome do beneficiário, desde que a abertura não implique em alteração de titularidade e não haja débito em aberto, ou seja, não haja débito em nome do beneficiário.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE  
 Deixo, sob as penas da lei, de solicitar laudo de pericia médica do Instituto Vitório Lygia (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, com a devida ciência, uma vez que (assinale 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 pericia para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou pericia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
 Não me responsabilizo, sob as penas da lei, pelo não prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente e dos danos decorrentes do acidente de trânsito, conforme artigo 204/774, art. 3º, inciso III, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a indenização a ser paga pelo IML, caso for realizado, caso discordar do seu conteúdo.

**RI CORRETORA DE SEGUROS**  
 07 MAI 2019  
**DPVAT**

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 nascituro (ou nascidos):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Falecidos: \_\_\_\_\_  
 Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Praia - PE 06.05.19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura de quem anexa A ROLDO:  
Romana Maria da Conceição de Sousa  
 Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

TESTEMUNHAS  
 Nº: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Aproximado (se houver): \_\_\_\_\_  
 (\*) A indenização não é liberada antes de a Seguradora LIDER receber o laudo de pericia médica, malor e caso, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a fornecer ciência ao Instituto por do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



---

**Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190289042**

**Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

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, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289042**

**Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

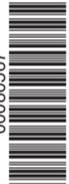
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190289042**

**Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001383**

Conta: **0000064389-9**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084419/19

**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

**CPF:** 026.026.333-80

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/01/2019

**Titular do CPF:** ROMANA MARIA DA  
CONCEICAO DE SOUSA

## 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  
DUT

### **RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42**

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

### **ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80**

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](http://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: 13/03/2019  
Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
CPF: 046.400.283-42

\_\_\_\_\_  
RANYERE MARTINS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA  
RG: 2-320-307 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 026.026.333-80  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA Profissão: LAURATEIRA  
Endereço: TRAVESSA - 13 DE MAIO Nº: 514  
Bairro: ROSÁRIO Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI  
Telefone: (89) 99446-7403 ( ) ( )

## OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
RG: 2-164006 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 096 400 283-42  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: TRABALHADOR  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES Nº: 217  
Bairro: PURÍSSIMA Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI  
Telefone: (89) 99408-3583 (89) 99437-3721 ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos 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: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA  
CPF: 026.026.333.80 Data do Acidente: 11/03/2019  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

DEIRAP, 01 DE MARÇO DE 2019  
Local e data

3º Ofício

Romana Maria da Conceição de Sousa  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
13 MAR 2019

Cartório do Terceiro Ofício de Notas  
Tabela: Benefícios para Beneficiários - 03/2019  
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA. DOU PE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAP-PI, 01/03/2019. Cód. 33.55 13:0,77 FIMP:0,10 Selos:0,25 Total:4,99 Selos:R\$0,15675 (F60F4)  
MILICIANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVENTE

Selo de Fiscalização e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça  
Atos de Poder Judiciário  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
R\$0 15675  
DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190194724 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.  
FRATURA COMINUTIVAS NAS PAREDES ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG 3,7,12.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190194724 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.  
FRATURA COMINUTIVAS NAS PAREDES ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG 3,7,12.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI Nº 012428479166

CERTIFICADO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0133 0186 6960 5127 949F 1974 1418 9910 0818

Este documento não substitui o documento original emitido pelo DETRAN. Para mais informações, consulte o site www.detransp.pi.gov.br

PI Nº 012428479166 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05837031359 PIZ-3308 2018

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

www.dpvatsegurodetranspi.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

05837031359

01/16/2018

PIZ-3308

05837031359

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2018

9C6RG3140J0016493

PRÊMIO TARIFÁRIO

033,86

005,76

037,62

004,15

000,30

079,72

000,30

27/09/2018

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2018  
 DPVAT

ALIANÇA FIDUCIARIA  
 YAMAHA ADM. DE CONSORCIO S/E LTDA

01/16/2018

CONTRAN

FEV-2016





TOTONHO FREITAS, 657, 00  
 OETRAS NOVA, OETRAS/PI - 64509-000  
 CNPJ: 06553564001372  
 (89) 3462-213 - ( ) - L.O

Atendimento: P063931  
 Data: 11/01/2019  
 Funcionario: SILVERTA

Registro: 8375  
 Hora: 04:46:00  
 Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
 SUS

Senha 40

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960  
 Nas.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OETRAS CEP: 64500-00  
 End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: OETRAS/PI  
 Con.SEM Telefone: ( ) - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SMS: 702802178712960  
 Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA O Comp.: 0°C Peso: 0KG S.A.: 0

**Procedimentos**

11/01/2019 4:46 0301060118 ACOELHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
 11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
 CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
 11/01/2019 04:52:27  
 431297-MAECC ANTONIO BRAC  
 DA SILVA

**DADOS CLÍNICOS**  
 CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2019

**DIAGNÓSTICO**  
 TRAUMA

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 RX. ROTINA TRAUMA

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
 CURATIVO E SUTURA 1  
 TRANADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP  
 (TRANAL: + 100 ML SF 0,9 EV EM 1 H

**CONDUTA MÉDICA**  
 RECOMENDADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:30:  
 Paciente apresenta analgesia to sua marcha.  
 ausência de dor.  
 100ml tramadol + 100ml de SF 0,9% EV em 1h. 9:15  
 - 100ml tramadol EV. 10:30

Dr. Edvaldo Junior M. Leal  
 Médico  
 CRM-PI 7065





Nome: Romana Maria da Conceição  
Médico: Edvaldo Júnior N.Leal

Número: 384  
Data Exame: 11/01/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

### RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seio maxilar esquerdo : com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal à direita .
- Cometas nasais: com anatomia preservada.
- Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
- Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
- Restante da estrutura óssea da face: com densidade e anatomia preservados.
- Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
2. Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
3. Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.
4. Desvio do septo nasal à direita .

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Co. Buc - Maxilo

Nome do Paciente: Romana Maria da Conceição Dat. Nasc.: 1/1/19

Clinica: \_\_\_\_\_ Ata: B Enf.: 03 Leito: 02

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando múltiplas fraturas em face comprimidas por TC de face. Solicita avaliação e conduta.

PJ CORRETORES DE SEGUROS

13 MAR 2019

Dr. Eduardo Junior  
Médico  
CRM-PI

Data: 11/01/19

Assinatura: \_\_\_\_\_

PARECER:

Paciente vítima de acidente automobilístico com múltiplas fraturas em face. Solicita exames perioperatorios para realizar procedimento cirúrgico.

Data: 14/01/19

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pablo Diego V. de Alencar  
Cir. Bucocomaxilofacial  
CRO 2580 - CPF: 004.797.523-70



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 13/01/19

Paciente: Adriana Maria da Brito de Brito Leito: 03 02 DN: 14/08/19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

05.04.14 - 14.08.19 - Adriana Maria da Brito de Brito  
Membro do Conselho de Enfermagem  
da Oliveira e Silva  
Técnico em Enfermagem  
OAB/PI. nº. 1.005.828

9.15.15 PA = 190 x 80 mmHg = 35.9  
SOA Taxativa + do Lentes  
Corta

Françoise de Jesus Maria  
Assistente de Enfermagem  
COREN-PI. nº. 1.005.828

DPVAT  
CORRETORA DE SEGUROS  
19 MAR 2019

Flasb Pa: 110 x 80 mmHg; Tax: 36.82 chat  
reque dos finais

Georg Mendes de Silva  
OAB/PI nº. 1.005.828

20.20.19 - Massagem de relaxamento  
repor pressão de ventilação no sistema

Maria do Espírito Santo  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PI. nº. 1.005.828

**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**  
**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO		ENFERMARIA: 03	LEITO: 02	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
12/01/2019	# TRAUMA FACIAL			OBSERVAÇÕES
	1. DIETA ORAL BRANDA			
	2. JELCO SALINIZADO			
	3. TRAMMAL 100MG+SFO,9% 100ML EV 8/8H ACM			
	4. RANITIDINA- 01AMP + AD, EV, 12/12H			
	5. DAPIRONA 500MG/ML- 02ML+AD, EV, 06/06H, SE TDR OU TAX> 37,8°C			
	6. BROMOPRIDA 1AMP+AD EV ATÉ 8/8H S/N			
	7. CETOPROFENO 100MG 1CP VO 12/12H			
	8-SSV-CCGG			
	9. Encaminhado para labor com SEC.ATI.			

Jose Marinho Rocha Pinheiro  
CRM-PI 1567



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente: Norma Maria de Paçificação Leito: 08.08 DN: 37108184

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

06:00h Segue acordando de procedimento realizado awaiting  
Exame PA = 120 x 80 mmHg  
TAX = 86,4°C  
Alto: Sr. Ricardo Rocha  
Téc. Enfermagem  
COEN - Nº 632 208

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

22:30h PA 120/80 mmHg  
TAX 86,4°C  
COEN - Nº 632 208

10:15 Segue a abertura do que  
cedura em 4.º di. 19/01/80 em M  
CAZ = 36,90  
Mário Lúiz de A.S. Silva  
Téc. em Enfermagem  
HRR-PI-1045401

16:15	Planta chega a SI com 200ml de S.O. com 100% de oxigenação. Mantendo em 50% de oxigenação.	
16:30	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
16:40	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
17:00	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
17:00	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
17:15	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
17:30	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
17:45	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	
18:00	PA 145 x 84 mmHg P = 63 bpm S.O. 100%	



ATA E HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: *Leonora Maria de Almeida* ENFERMARIA: *De* LETO: *01* Nº PRONTUÁRIO: *01*

PRESCRIÇÃO MÉDICA: *Sauê* RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	POIDE		
	CD: <i>Paulina Longhini em fase</i>		
	1 - Dieta oral zero <i>Liberal a partir das 08h</i>		
	2 - SG5%-----2000ml, EV +- 35 gotas/min	<i>500</i>	
	NAACL 10%-----amp por soro	<i>200</i>	
	3 - Cefalotina 1g---01amp+AD, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	4 - Tramal 50mg---01amp+100ml de SF0,9%, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	5 - Titalil---01amp+AD, EV de 12/12h	<i>18</i>	
	6 - Dipirona---01amp+AD, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	7 - Ranitidina 50mg---01amp+AD, EV de 8/8h	<i>18</i>	
	8 - Bromoprida---01amp+AD, EV de 8/8h	<i>18</i>	
	9 - Manter SVD-- <i>SUSPENSA</i>	<i>18</i>	
	10 - CCGG e SSVV	<i>18</i>	
	11 - <i>Insulina 01 Amp + AD 5U 5/6h</i>	<i>18</i>	

*Paulo Diego V. de Alencar*  
 Cir. Bucodentofacial  
 CRO 2590 - CPE 004.797.523-70

*Dr. Paulo*



UNIDADE		Código / CNPJ
Nome <b>HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO</b>		<b>06.553.564/0013-71</b>
Endereço <b>Av. Rui Barbosa, 586</b>	Município <b>OEIRAS</b>	UF <b>PI</b>
CEP <b>64.500-000</b>	FONE <b>(89) 3462-1213</b>	

ÓRGÃO EMISSOR	
Nome do Paciente <b>Rosana Maria da Conceição de Sousa</b>	
Endereço-Rua-Número-Bairro	Município <b>OEIRAS</b> UF
CEP <b>64.500-000</b>	Data do Nascimento <b>13/08/1984</b>
SEXO Masculino Feminino	CONDIÇÃO Segurado Cônjuge Filho Outro Dep
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8

Nome do Segurado	
PIS/PASEP Nº Individual	Vínculo com a Previdência Não
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Segurado
CNPJ da Empresa	

CPF do Médico Solicitante	Proced. Solicitado	Cart. Int	Data Emissão	CPF Médico Responsável	Ass. Médico Responsável
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO →		Causa Externa	CNPJ da Seguradora	Nº do Bilhete	Série

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*Paciente vítima de acidente automobilístico. Evolui com traumatismo no foca e sinais fisiológicos de foca mostra múltiplas fraturas.*

PJ CORRETORA DE SEGUROS

Condições que Justificam a Internação

*As acima*

13 MAR 2019

PRIVAT

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

*Radiografia + Exame físico + TC de foca*

Diagnóstico Inicial <b>Traumatismo de foca</b>	Clinica Cirúrgica <input type="checkbox"/> 1	Obstétrica <input type="checkbox"/> 2	Cli. Médica <input type="checkbox"/> 3	
Procedimento Solicitado <b>Submissão</b>	Fisioterapia <input type="checkbox"/> 4	Psiquiátrica <input type="checkbox"/> 5	Pediátrica <input type="checkbox"/> 7	Outros <input type="checkbox"/> 9

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador) <b>Dr. Geraldo Júnior M. Leal</b> Médico CRM-PI 7465	CRM <b>7465</b>	Data <b>11/01/19</b>
--	-----------------	----------------------



**REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO**

Paciente: Romana Maria da Conceição de Sousa  
 Idade: 3.5 anos Enf./Leito: \_\_\_\_\_  
 Procedimento Cirúrgico: Tratamento Cirúrgico de Fratura do MME lado Direito  
 Chegada do paciente à sala cirúrgica: às 16:20 Data: 15/01/19

**I CHECK LIST - Na entrada do centro cirúrgico**

Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

**Nível de Consciência**

Consciente  Orientado  Sonolento  Comatoso  Outro: \_\_\_\_\_

**Padrão Respiratório**

Eupnéico  Dispnéico  Apnéia  Entubado sob VM  Outro: \_\_\_\_\_

**Motricidade**

Deambulando sem Auxílio  Deambulando com Auxílio  Cadeira de rodas  Acamado

Déficit motor: \_\_\_\_\_

**Pele**

Normocorada  Hipocorada  Ictéria  Integra  Úlcera por Pressão

Presença de acesso venoso \_\_\_\_\_  Traqueostomia \_\_\_\_\_

**Sistema Digestivo**

Jejum desde as \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  Náuseas  Vômito  SNG  SNE  Ostomias \_\_\_\_\_

**Sistema Renal**

Diurese:  Espontânea  Ausente  SVD  Retenção  Incontinência

Antecedentes Patológicos: \_\_\_\_\_

PU CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019

SSVV	CHEGADA					DEPART
PA	120 X 80	145 X 84	130 X 80	123 X 78	113 X 64	117 X 74
FC	60 bpm	63 bpm	63 bpm	65 bpm	79 bpm	80 bpm
SATO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: Francisco Maria da Silva  
 COREN / Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Téc. Enfermagem  
 COREN-PI 1238552





(Preencher quando não houver etiqueta)  
 Nome: Romanso R. de Sousa de Sousa  
 Idade: 34 anos Reg.: 8376  
 Data de Nascimento: 17/08/84  
 Médico: Dr. Jayson Convênio: SUS

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA**

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO: Genal Balanceada  
 ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL / CRM: Edsondo Cerequeira 2885-AD

Declaro que fui devidamente esclarecida(o) sobre o procedimento anestésico ao qual ser(á) submetida(o) ou a(o) paciente pela(o) qual sou responsável – seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Informe(i) a(o) médica(o) Anestesiologista meu completo histórico médico e anestésico progressivos, bem como alergias e particularidades de minha clínica.

Fui informada(o) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento a que ser(á) submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso.

Fui informada(o) de que, a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anestesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da(o) paciente.

Fui informada(o) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de risco, intercorrências ou complicações

Nos casos de anestesia regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada raqui-peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou de local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (de onde pode ocorrer as **CORRETORES DE SEGUROS**) (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

Nas situações de Anestésias Geral e ou de Sedação poderá ser necessária manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alteração do nível de consistências intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

Em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatória, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre o resultado a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.

13 MAR 2019  
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO  
OEIRAS - PIAUÍ



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Prontuário: <u>8376</u>	Atendimento: _____
Data da Internação: <u>14/01/19</u>	Hora: <u>19:50</u>
Paciente: <u>Bárbara Vitória de Jesus</u>	Sexo: <u>F</u>
Data de Nascimento: <u>17/02/89</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Plano: _____
Médico responsável: <u>Dr. Jaysson</u>	Carteirinha: _____

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Declaro que CONCORDO com a realização do(s) seguintes procedimento(s) Invasivo(s) e/ou cirurgia(s) \_\_\_\_\_ indicado(s) pelo Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM sob o nº \_\_\_\_\_.

1. Declaro que recebi todas as explicações relacionadas à proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual serei submetido(a), inclusive quanto aos seus benefícios, riscos, potenciais complicações: \_\_\_\_\_, métodos alternativos e possíveis consequências se eu optar por não os realizar. Ainda, tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, bem como compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Caso ocorra algum imprevisto que necessite de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico, do tratamento e/ou estudo científico.
4. Declaro estar ciente de que para realizar o mencionado procedimento/cirurgia/tratamento/exame poderá ser necessária a aplicação de anestesia, bem como tenho conhecimento dos riscos e eventuais consequências decorrentes do emprego dessa técnica médica.
5. Autorizo o médico a buscar auxílio de sua equipe e/ou outros profissionais.
6. Declaro que não omiti informações quanto à minha saúde, bem como informei todos os medicamentos já utilizados e procedimentos sobre os quais já fui submetido anteriormente.
7. Declaro possuir alguma restrição de ordem religiosa e/ou cultural:  
 Não  Sim: \_\_\_\_\_
8. Declaro estar ciente de que durante o procedimento/tratamento, poderão ser gravadas imagens, sons e/ou vídeos, assim como não me oponho à publicação dos referidos materiais, desde que preservado o sigilo da minha imagem e identidade, bem como respeitada a legislação pertinente.
9. Confirmando que recebi as devidas explicações e orientações adicionais através dos informativos relacionados ao procedimento, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.
10. Estou ciente de que posso solicitar novos esclarecimentos, assim como posso revogar, total ou parcialmente, o meu consentimento antes que o(s) procedimento(s)/tratamento(s)/exame(s) seja(m) realizado(s).
11. Por fim, declaro que li, compreendi e concordo com os itens referidos acima.

### ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

- Paciente  
 Responsável

Assinatura: Barbara Santos p. Jesus

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: Mezinha

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento de identidade: 1-3 MAR 2019

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19 : 50

DE SEGU...  
DPVAT

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO / PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Declaro que explico de modo objetivo e claro todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual o referido paciente está sujeito, esclarecendo seus benefícios, riscos e alternativas, bem como tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo e/ou seu responsável legal. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender tudo que foi informado.

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19 : 50

Nome completo e/ou Assinatura: Dr. Jaysson Barbosa Nº do conselho: 0241-899



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIFRAS - PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA  
 13 MAR 2019

DPVAT



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 12/01/19

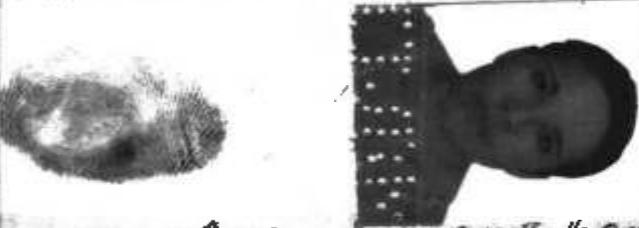
Paciente: Romara *Infância da Concarca* Leito: 03 02 DN: 19/08/18

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>08:47 hrs Paciente acordada - 4 ml de soro 100 x 10<sup>6</sup> unidades de vac. HT - 36 x 10<sup>6</sup> unidades</p> <p><i>[Signature]</i></p>	
<p>9:02 - 14. 10x8cm H. Tax 36.6. Paciente de algie com febre filopax sub: 38.8. 093</p>	
<p>15:22 hrs Paciente queixa-se de dor abdominal no quadrante inferior direito. <i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>	
<p>16:30 hrs - 101ml de pulso de 90/min. 140 x 40 mmHg. Tm - 36,0°C</p> <p><i>[Signature]</i></p>	
<p>20:25 hrs - 102 x 80 mmHg - 102 x 54 mmHg. Paciente acordada.</p> <p><i>[Signature]</i></p>	
<p>hs acordada.</p> <p><i>[Signature]</i></p>	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



*Romana Maria da Conceição de Sousa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO  
GERAL

2.320.307

DATA DE  
EXPECIÇÃO

13/02/19

NOME

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO

RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

NATURALIDADE

OEIRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO

17/08/1984

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 2965 L 08-B E 181

CPF

EXP OEIRAS-PI 06/03/06

026.026.933-60

Chagas Pinheiro  
Perito Paposcopi, Policial Civil e Especialista

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/88 - DECRETO Nº 89.250/93

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

# Declaração de Proprietário do Veículo

Eu, ISRAEL DE SOUSA, RG nº 3540735, data de expedição 09/11/10, Órgão PI, portador do CPF nº 058.370.313-59, com domicílio na cidade de DEIRAS, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CARVALHO NETO RORAJE FLORIANO, nº 54, complemento - /, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA, cujo condutor era ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTOCICLO

Modelo: YAMAHA / YBR 150 FACTOR ED

Ano: 2018

Placa: PIA 3308

Chassi: 9CGRG3140J0036493

Data do acidente: 11/01/19

Local e data: Anel viário, próximo ao KaiK - 11/01/19

Deiras - PI, 18/02/2019

3º Ofício  
3º Ofício

ISRAEL DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Romana Maria da Conceição de Sousa

Assinatura do Condutor

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT

Cartão do Terceiro Ofício de Notas  
Tabela: Tabelas de Tarifas - 2019 (202-181)  
RUA CARVALHO NETO RORAJE FLORIANO, Nº 54 - DEIRAS - PI

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE ISRAEL DE SOUSA e ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DE VERDADE. OETM-PI, 18/02/2019. EMO: 7,70 TO: 1,54 FMP: 0,20 Selos: 0,52 Total: 9,96 Selos: ABO 15276 ABO 15277 (F&OP19)

WILDERNE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE

3º Ofício de Notas  
RUA CARVALHO NETO RORAJE FLORIANO, Nº 54 - DEIRAS - PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade  
Fundo Judicial  
Estado de Piauí  
Ass. de Notas, Registro e Judicial  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABO 15277  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABO 15276



Para contato com a Eletrobras, informe este número

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 752 - Centro/Sul - Teresina - PI  
Nº 06-40744-0001-00 | Tel: 3414-1311-5  
Nº Fisco: 06.40744-0001-00 | Insc. Est.: 150-11-1  
Regime especial de imposto de renda da SEFAZ 20/00

Nº da Nota Fiscal: 012373363

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEF é emitida pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA  
CPF: 00004640024342  
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	kWh	Atual	Data
11870		16/10/2018	
Anterior	11721	Anterior	14/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Data da leitura	16/11/2018
Consumo Médio	149	Fatura	15/10/2018
Consumo Faturador	149	Assinatura	16/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Tar. nº 412 nº 413
RESIDENCIAL	MONO	A1256414		1.1.1.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	kWh	Consumo	Valor
SET/18	140	149 A R\$ 8,834032 =	124,27
AGO/18	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90
JUL/18	125	ADICIONAL BANDA VERMELHA -	7,44
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	120		
MAR/18	122		
FEV/18	120		
JAN/18	127		
DEZ/17	97		

DE SEGUROS  
13 MAR 2019

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

**Mês/Ano** Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 157,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 085 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCAL 166E.DEB5.6FB1.7D3D.C68B.01EF.56ED.7F1A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	25,70	Base de Cálculo	124,27
Energia	48,86	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	7,68	Valor do ICMS	27,33
Encargos	7,78	Valor do PIS	1,23
Tributos	34,25	Valor do COFINS	5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
Índice	12/06	24/12	3/01	7/23	14/45	3/54
Continuidade	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45
Previsão	2,52			1,00		2,52
Consumo	OBRAS		08/2018	08/2018	08/2018	44,04

ROT: 61.770.11.33.110800



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	134,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	24/10/2018
Nº da Nota Fiscal:	FCAM
012373363	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 752 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06-40744-0001-00 | Tel: 3414-1311-5

Nº da Nota Fiscal: 012373363 FCAM

8365000001 0 34170017000 2 00000001185 8 34331018008 2



SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 DT. LEET.: 16/10/2018 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002  
DT. VENC.: 24/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2761



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

Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: (800) 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://www7.susep.gov.br/BIBLIOTCAWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu RANGERE MONTIM SILVA  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283-142 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Romana Maria da Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333-80  
do sinistro de DPVAT cobertura IMMÓVEL da vítima Romana Maria da Conceição Sousa  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333-80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa 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>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>	Número: <u>241</u>	Complemento: <u>- / - / - / - / -</u>
Bairro: <u>JUREMINTA</u>	Cidade: <u>DETRAF</u>	Estado: <u>PIAUI</u>
CEP: <u>64.500-000</u>		Tel.(DDD): <u>89-99406-3583</u>

Local e Data: DETRAF, 01 DE MARÇO DE 2019

+ Rangere Montim Filho  
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

Para contato conosco, Informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ DE/98

Nº da Nota Fiscal 018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2008.

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO 26/02/2019

CONSUMO (KWH) 96

TOTAL A PAGAR (R\$) 91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA  
TV 13 DE MAIO O ROSARIO  
CPF: 00003408445311  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1430	Atual:	19/02/2019
Anterior:	1334	Anterior:	18/01/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	21/03/2019
Consumo (Medico):	96	Emissão:	18/02/2019
Consumo Faturado:	96	Apresentação:	19/02/2019
Código de Irregularidade:		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL		41853200		1-1-1	75

Mês/ano consumo		CONSUMO	Valor
JAN/19	70	96 A R\$ 0,889544	85,39
DEZ/18	69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	80		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 96 - 0,823550

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O rco pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SPROA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 407,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

LIGUE: 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVA DO FISCO E222 EE68 A0E9 B6BB 2E67 AA69 4EE2 0125

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TABULOS - R\$	
Distribuição:	17,29	Base de Cálculo:	85,39
Energia:	33,38	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,65	Valor do ICMS:	18,78
Encargos:	3,56	Valor do PIS:	1,20
Tributos:	25,51	Valor do COFINS:	5,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Código	DCE			FEC			DCCR	
	Plano	Operacional	Atual	Plano	Operacional	Atual	Plano	
Contas	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
Recebidas	0,00			0,00			0,00	
Contas em aberto							12/2018	22,84

ROT: 65.770.15.17.109580

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO  
0940025-7  
MÊS FATURADO

02/2019  
Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$  
91,37  
VENCIMENTO

26/02/2019

018003496 FCAM

8368000000 9 91370017000 8 00000000940 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. LEIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT



TOTONHO FREITAS, 657, 00  
 CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000  
 CNPJ: 06553564001371  
 (89) 3462-1213 - ( )

Atendimento: P063931  
 Data: 11/01/2019  
 Funcionario: SILVERIA

Registro: 8375  
 Hora: 04:46:00  
 Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
 SUS

Senha 40

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTAO DO SUS 702802178712960  
 Nasct.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissao: Civil: OUTROS CEP: 64500-00  
 End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: CEIRAS/PI  
 Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 702802178712960  
 Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - G Temp.: 0°C Peso: 0Kg F.A.: 0

**Procedimentos**

- 11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- 11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
 11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAS DA SILVA

**DADOS CLÍNICOS**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

J CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2019

**DIAGNÓSTICO**

TRAUMA

DRVAT CID 9999

**EXAMES COMPLEMENTARES**

RX RGTINA TRAUMA

**PRESCRIÇÃO MEDICA**

CURATIVO E SUTURA  
 TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP  
 (TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM 1 R

Gesmiel Cordeiro Gales  
 COREN-PI 40368-TE

**CONDUTA MEDICA**

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:30:22

As 08:30:

paciente aguarda avaliação de seus membros.  
 ausência de dor.

PA: 139/95 mmHg - PULSO de 89 bpm. EV. em 1h. 9/10

Resposta - 100% EV. 10/10

Dr. Evandro Junior M. Leal  
 Médico  
 CRM-PI 7465



Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

Para contato conosco, Informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ DE/98

Nº da Nota Fiscal 018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2008.

FEVEREIRO/2019 VENCIMENTO 26/02/2019 CONSUMO (KWH) 96 TOTAL A PAGAR (R\$) 91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA  
TV 13 DE MAIO O ROSARIO  
CPF: 00003408445311  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1430	Atual:	19/02/2019
Anterior:	1334	Anterior:	18/01/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	21/03/2019
Consumo (Medico):	96	Emissão:	18/02/2019
Consumo Faturado:	96	Apresentação:	19/02/2019
Código de Irregularidade:		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL		41853200		1-1-1	75

Mês/ano consumo		CONSUMO	Valor
JAN/19	70	96 A R\$ 0,889544	85,39
DEZ/18	69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	80		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 96 - 0,823550

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O rco pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CPFOR. Informamos ainda que existem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 407,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

LIGUE: 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVA DO FISCO E222 EE68 A0E9 B6BB 2E67 AAE9 4EE2 0125

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TABULOS - R\$	
Distribuição:	17,29	Base de Cálculo:	85,39
Energia:	33,38	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,65	Valor do ICMS:	18,78
Encargos:	3,56	Valor do PIS:	1,20
Tributos:	25,51	Valor do COFINS:	5,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Código	DCE		FEC		SASC		DICR	
	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano	
Contas	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
Recebidas	0,00		0,00			0,00		
Contas	OEIRAS						12/2018	22,84

ROT: 65.770.15.17.109580

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO 0940025-7  
MÊS FATURADO 02/2019  
TOTAL A PAGAR - R\$ 91,37  
VENCIMENTO 26/02/2019  
Nº da Nota Fiscal: 018003496 FCAM

83680000000 9 91370017000 8 00000000940 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. LEIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT



TOTONHO FREITAS, 657, 00  
 CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000  
 CNPJ: 06553564001371  
 (89) 3462-1213 - ( )

Atendimento: P063931  
 Data: 11/01/2019  
 Funcionario: SILVERIA  
 Senha 40

Registro: 8375  
 Hora: 04:46:00  
 Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
 SUS

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTAO DO SUS 702802178712960  
 Nasct.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissao: Civil: OUTROS CEP: 64500-00  
 End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: CEIRAS/PI  
 Cor: SEM Telefone: ( ) - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 702802178712960  
 Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - G Temp.: 0°C Peso: 0Kg F.A.: 0

**Procedimentos**

- 11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- 11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA), NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
 11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAS DA SILVA

**DADOS CLÍNICOS**

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA), NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

J CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2019

**DIAGNÓSTICO**

TRAUMA

DRVAT CID 9999

**EXAMES COMPLEMENTARES**

RX RGTINA TRAUMA

**PRESCRIÇÃO MEDICA**

CURATIVO E SUTURA  
 TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP  
 (TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM 1 R

Gesmiel Cordeiro Gales  
 COREN-PI 40368-TE

**CONDUTA MEDICA**

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:30:22

As 08:30:

paciente aguarda avaliação de seus membros.  
 ausência de dor.

PA: 139/95 mmHg - PULSO de 89 bpm, EV. em 1L. 9/10

Resposta - 100% EV. 100%.

139/95

Dr. Evandro Junior M. Leal  
 Médico  
 CRM-PI 7465



Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68**

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 19/02/2019 - 16:16

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

11/01/2019 - 04:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

OEIRAS

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI-143 ANEL VIÁRIO - PRÓXIMO AO CAIC, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.320.307 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA 13 DE MAIO, Nº S/Nº

Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9446-7403

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA	OUTROS	2018	PIZ3308	9C6RG3140J0016493	01166609305	Branca

Condutor: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

RG: 2.320.307 Órgão: SSP UF RG: PI

End: TRAVESSA 13 DE MAIO Número: S/Nº Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: ISRAEL DE SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

DECLARA a noticiante que, no dia 11/01/2019, por volta das 04:20 horas, trafegava pelo ANEL VIÁRIO (PI-143), sentido BR-230, conduzindo a motocicleta de marca YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, ANO DE FAB./MOD.: 2018/2018, COR: BRANCA, PLACA: PIZ-3308-OEIRAS-PI, CHASSI: 9C6RG3140J0016493, RENAAM: 01166609305, em nome de ISRAEL DE SOUSA, QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do CAIC, perdeu o controle de direção de referido veículo, vindo a cair; QUE em decorrência da queda, apresenta edema periorbital direita, corte em região facial direita e escoriações pelo corpo, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Oeiras e logo depois transferida para o Hospital Regional Deolindo Couto (HRDC), em Oeiras, onde foi feito procedimento cirúrgico na face. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
AGENTE DE POLÍCIA

*Romana Maria da Conceição Sousa*  
ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Antônio Nilton de Sousa*  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 01122



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Delegado de Polícia

*Antônio Nilson L. de M. M.*  
Delegado de Polícia Civil

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT

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

Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**  
CPF da vítima: **026.026.333-80**  
Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR S JSEP Nº 445/2012

Nome completo: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA** CPF: **026.026.333-80**  
Número: **514** Complemento: **---**  
Endereço: **TRAVESSA - 13 DE MAIO** CEP: **64500-000**  
Cidade: **DETRAS** Estado: **PIAUÍ** Tel (DDD): **89-99446-7403**  
Bairro: **ROSÁRIO**

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

**DADOS CADASTRAIS**  
RENTIA MENSAL:  
 R\$0,00 ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00  
 REQUISITO INFORMAR  SEM RENDA

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**  
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (344)  
 Banco do Brasil (901)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **64.389** **9**  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Apresento a seguinte declaração a ser utilizada no âmbito bancário informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser pago por este seguro, não recebendo 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 da Lei (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Esta minha assinatura, sob pena de prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constitui-se em uma autorização à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões e comprometimentos decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a laudo de avaliação médica ou qualquer outro ato de caráter administrativo, caso o acordo do seu conceito.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: **13 MAR 2019**  
Parentesco com a vítima: Última deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Tem filhos vivos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
Última deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós?  Sim  Não  
Esteu cliente de quem a Seguradora Líder pagaria, caso devesse, a indenização de Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se houverem e provarem a sua condição, estando ciente a partir de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil prevista no art. 299 do Código Penal.

Local e Data: **Terreiros - PI 13-03-19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura de quem assina A RÔCQ: **Romana Maria da Conceição Sousa**  
Assinatura do Procurador (se houver): **Rafael Martin Silva**

**TESTEMUNHAS**  
1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



---

**Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190194724**

**Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190194724**

**Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

**Data do Acidente: 11/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**

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







TOTONHO FREITAS, 657,00  
 OETRAS NOVA, OETRAS/PI - 64509-000  
 CNPJ: 06553564001372  
 (89) 3462-213 - ( ) - L.O

Atendimento: P063931  
 Data: 11/01/2019  
 Funcionario: SILVERTA

Registro: 8375  
 Hora: 04:46:00  
 Tipo: CONSULTA  
 Sexo: FEMININO  
 SUS

Senha 40

**ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA** CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960  
 Nas.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OETRAS CEP: 64500-00  
 End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: OETRAS/PI  
 Con.SEM Telefone: ( ) - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SMS: 702802178712960  
 Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA O Comp.: 0°C Peso: 0KG S.A.: 0

**Procedimentos**

11/01/2019 4:46 0301060118 ACOELHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
 11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não

**ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
 CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
 11/01/2019 04:52:27  
 431297-MAECC ANTONIO BRAC  
 DA SILVA

**DADOS CLÍNICOS**  
 CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2019

**DIAGNÓSTICO**  
 TRAUMA  
 CID 9599

**EXAMES COMPLEMENTARES**  
 RX. ROTINA TRAUMA

**PRESCRIÇÃO MEDICA**  
 CURATIVO E SUTURA 1  
 TRANADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP  
 (TRANAL: + 100 ML SF 0,9 EV EM 1 H

**CONDUTA MEDICA**  
 RECOMENDADO PARA MEDICACAO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:30:  
 Paciente apresenta analgesia to sua marcha.  
 ausência de dor.  
 Ed. transal sup + transal de SFO.9%, EV. em 1h. 9.12  
 - Curativo - 1amp. EV. 1h later. 10.33L  
 Dr. Edvaldo Junior M. Leal  
 Médico  
 CRM-PI 7065



Nome: Romana Maria da Conceição  
Médico: Edvaldo Júnior N.Leal

Número: 384  
Data Exame: 11/01/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

### RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seio maxilar esquerdo : com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal à direita .
- Cometas nasais: com anatomia preservada.
- Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
- Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
- Restante da estrutura óssea da face: com densidade e anatomia preservados.
- Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
2. Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
3. Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.
4. Desvio do septo nasal à direita .

  
Leonardo Robert de Carvalho Braga  
CRM 1667

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Co. Buc - Maxilo

Nome do Paciente: Romana Maria da Conceição Dat. Nasc.: 1/1/19

Clinica: \_\_\_\_\_ Ata: B Enf.: 03 Leito: 02

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando múltiplas fraturas em face comprimidas por TC de face. Solicita avaliação e conduta.

PJ CORRETORES DE SEGUROS

13 MAR 2019

Dr. Eduardo Junior  
Médico  
CRM-PI

Data: 11/01/19

Assinatura: \_\_\_\_\_

PARECER:

Paciente vítima de acidente automobilístico com múltiplas fraturas em face. Solicita exames perioperatorios para realizar procedimento cirúrgico.

Data: 14/01/19

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pablo Diego V. de Alencar  
Cir. Bucocomaxilofacial  
CRO 2580 - CPF: 004.797.523-70



**HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO**  
**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO		ENFERMARIA: 03	LEITO: 02	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
12/01/2019	# TRAUMA FACIAL			OBSERVAÇÕES
	1. DIETA ORAL BRANDA			
	2. JELCO SALINIZADO			
	3. TRAMMAL 100MG+SFO,9% 100ML EV 8/8H ACM			
	4. RANTIDINA- 01AMP + AD, EV, 12/12H			
	5. DAPIRONA 500MG/ML- 02ML+AD, EV, 06/06H, SE TDR OU TAX> 37,8°C			
	6. BROMOPRIDA 1AMP+AD EV ATÉ 8/8H S/N			
	7. CETOPROFENO 100MG 1CP VO 12/12H			
	8-SSV-CCGG			
	9. Encaminhado para labor com SEC.ATI.			

Jose Marinho Rocha Pinu  
CRM-PI 1567







ATA E HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO  
 PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: *Leonora Maria de Almeida*

ENFERMARIA *22* LETO: *07* Nº PRONTUÁRIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA *Sauê*

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO OBSERVAÇÕES

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	POIDE		
<i>15/01</i>	CD: <i>Paulo Diego V. de Alencar</i>		
	1 - Dieta oral zero <i>Liberal a partir das 08h</i>		
	2 - SG5%-----2000ml, EV +- 35 gotas/min	<i>500</i>	
	NACL 10%-----amp por soro	<i>200</i>	
	3 - Cefalotina 1g---01amp+AD, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	4 - Tramal 50mg---01amp+100ml de SF0,9%, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	5 - Titalil---01amp+AD, EV de 12/12h	<i>18</i>	
	6 - Dipirona---01amp+AD, EV de 6/6h	<i>18</i>	
	7 - Ranitidina 50mg---01amp+AD, EV de 8/8h	<i>20</i>	
	8 - Bromoprida---01amp+AD, EV de 8/8h	<i>20</i>	
	9 - Manter SVD-- <i>SUSPENSA</i>	<i>20</i>	
	10 - CCGG e SSVV	<i>20</i>	
	<i>11 - Manter 01 Amp + AD</i>	<i>20</i>	

*Paulo Diego V. de Alencar*  
 Cir. Bucocomaxilofacial  
 CRO 2590-CRÉ. 004.797.523-70

*Dr. Paulo*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 16/01/19

Leito: 08/02

DN: 14108184

Paciente:

Romane Alvaro da Conceição

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

05/11/19 Verificar sinais vitais em repouso, PC 112/72/80, FC 72, FR 18, SpO2 98%. Ausculta pulmonar normal, sem roncos, sibilos ou crepitações. Ausculta cardíaca normal, sem murmúrios ou sopros. PH = 7,38 x 350 mmHg.

Rita Maria Mendes Vieira de Sousa  
Enfermeira de Enfermagem  
COREN-PI: 547.636

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

UNIDADE		Código / CNPJ
Nome <b>HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO</b>		<b>06.553.564/0013-71</b>
Endereço	Município	UF
<b>Av. Rui Barbosa, 586</b>	<b>OEIRAS</b>	<b>PI</b>
CEP	FONE	
<b>64.500-000</b>	<b>(89) 3462-1213</b>	

PACIENTE		ÓRGÃO EMISSOR	
Nome do Paciente <b>Rosana Maria da Conceição de Sousa</b>			
Endereço-Rua-Número-Bairro		Município	UF
		<b>OEIRAS</b>	
CEP	Data do Nascimento	SEXO	CONDIÇÃO
<b>64.500-000</b>	<b>13/08/1984</b>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	Segurado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro Dep <input type="checkbox"/>
		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	

SEGURADO	
Nome do Segurado	
PIS/PASEP Nº Individual	Vínculo com a Previdência
	Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Não Segurado <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
CNPJ da Empresa	

CPF do Médico Solicitante	Proced. Solicitado	Cart. Int.	Data Emissão	CPF Médico Responsável	Ass. Médico Responsável
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Causa Externa	CNPJ da Seguradora	Nº do Bônus	Série

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*Paciente vítima de acidente automobilístico. Evolui com traumatismo no face e sinais fisiológicos de face mostra múltiplas fraturas.*

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

Condições que Justificam a Internação

*As acima*

**13 MAR 2019**

**PRIVAT**

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

*Radiografia + Exame físico + TC de face*

Diagnóstico Inicial	Clinica
<i>Traumatismo de face</i>	Cirúrgica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Cli. Médica <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Procedimento Solicitado	Fisioterapia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
<i>Internação</i>	

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)	CRM	Data
<i>Dr. Geraldo Júnior M. Leal</i> Médico CRM-PI 7465	<b>7465</b>	<b>11/01/19</b>



**REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO**

Paciente: Romana Maria da Conceição de Sousa  
 Idade: 3.5 anos Enf./Leito: \_\_\_\_\_  
 Procedimento Cirúrgico: Tratamento Cirúrgico de Fratura do ANTE braço Direito  
 Chegada do paciente à sala cirúrgica: às 16:20 Data: 15/01/19

**I CHECK LIST - Na entrada do centro cirúrgico**

Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

**Nível de Consciência**

Consciente  Orientado  Sonolento  Comatoso  Outro: \_\_\_\_\_

**Padrão Respiratório**

Eupnéico  Dispnéico  Apnéia  Entubado sob VM  Outro: \_\_\_\_\_

**Motricidade**

Deambulando sem Auxílio  Deambulando com Auxílio  Cadeira de rodas  Acamado

Déficit motor: \_\_\_\_\_

**Pele**

Normocorada  Hipocorada  Ictéria  Integra  Úlcera por Pressão

Presença de acesso venoso \_\_\_\_\_  Traqueostomia \_\_\_\_\_

**Sistema Digestivo**

Jejum desde as \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  Náuseas  Vômito  SNG  SNE  Ostomias \_\_\_\_\_

**Sistema Renal**

Diurese:  Espontânea  Ausente  SVD  Retenção  Incontinência

Antecedentes Patológicos: \_\_\_\_\_

COJ CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019

SSVV	CHEGADA					DEPARTAMENTO
PA	120 X 80	145 X 84	130 X 80	123 X 78	113 X 64	117 X 74
FC	60 bpm	63 bpm	63 bpm	65 bpm	79 bpm	80 bpm
SATO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: Francisco Maria da Silva  
 COREN / Matrícula: \_\_\_\_\_  
Téc. Enfermagem  
COREN-PI 1238552

*Francisco Maria da Silva*





(Preencher quando não houver etiqueta)  
 Nome: Romano nº 2 de Boqueirão de Itainópolis  
 Idade: 34 anos Reg.: 8376  
 Data de Nascimento: 17/08/84  
 Médico: Dr. Jayson Convênio: SUS

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA**

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO: Genal Balanceada  
 ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL / CRM: Edsondo Cerequeira 2885-AD

Declaro que fui devidamente esclarecida(o) sobre o procedimento anestésico ao qual ser(á) submetida(o) ou a(o) paciente pela(o) qual sou responsável – seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Informe(i) a(o) médica(o) Anestesiologista meu completo histórico médico e anestésico progressivos, bem como alergias e particularidades de minha clínica.

Fui informada(o) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento a que ser(á) submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso.

Fui informada(o) de que, a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anestesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da(o) paciente.

Fui informada(o) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de risco, intercorrências ou complicações

Nos casos de anestesia regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada raqui-peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou de local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (de onde pode ocorrer formigamento) de membros, tremores e tonturas.

Nas situações de Anestésias Geral e ou de Sedação poderá ser necessária manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alteração do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

Em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatória, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre o resultado a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.

**CORRETOR DE PROVAS**  
**DE SEGUROS**  
 13 MAR 2019  
**DPVAT**



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO  
OEIRAS - PIAUÍ



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Prontuário: <u>8376</u>	Atendimento: _____
Data da Internação: <u>14/01/19</u>	Hora: <u>19:50</u>
Paciente: <u>Barbara V. P. Santos</u>	Sexo: <u>F</u>
Data de Nascimento: <u>17/02/89</u>	Idade: <u>34 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Plano: _____
Médico responsável: <u>Dr. Jaysson</u>	Carteirinha: _____

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Declaro que CONCORDO com a realização do(s) seguintes procedimento(s) Invasivo(s) e/ou cirurgia(s) \_\_\_\_\_ indicado(s) pelo Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM sob o nº \_\_\_\_\_.

- Declaro que recebi todas as explicações relacionadas à proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual serei submetido(a), inclusive quanto aos seus benefícios, riscos, potenciais complicações: \_\_\_\_\_, métodos alternativos e possíveis consequências se eu optar por não os realizar. Ainda, tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, bem como compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Caso ocorra algum imprevisto que necessite de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico, do tratamento e/ou estudo científico.
- Declaro estar ciente de que para realizar o mencionado procedimento/cirurgia/tratamento/exame poderá ser necessária a aplicação de anestesia, bem como tenho conhecimento dos riscos e eventuais consequências decorrentes do emprego dessa técnica médica.
- Autorizo o médico a buscar auxílio de sua equipe e/ou outros profissionais.
- Declaro que não omiti informações quanto à minha saúde, bem como informei todos os medicamentos já utilizados e procedimentos sobre os quais já fui submetido anteriormente.
- Declaro possuir alguma restrição de ordem religiosa e/ou cultural:  
 Não  Sim: \_\_\_\_\_
- Declaro estar ciente de que durante o procedimento/tratamento, poderão ser gravadas imagens, sons e/ou vídeos, assim como não me oponho à publicação dos referidos materiais, desde que preservado o sigilo da minha imagem e identidade, bem como respeitada a legislação pertinente.
- Confirmo que recebi as devidas explicações e orientações adicionais através dos informativos relacionados ao procedimento, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.
- Estou ciente de que posso solicitar novos esclarecimentos, assim como posso revogar, total ou parcialmente, o meu consentimento antes que o(s) procedimento(s)/tratamento(s)/exame(s) seja(m) realizado(s).
- Por fim, declaro que li, compreendi e concordo com os itens referidos acima.

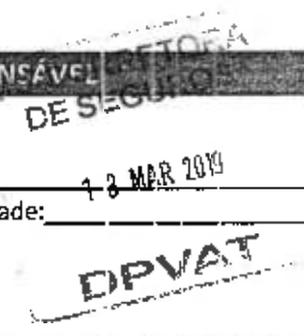
### ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

- Paciente  
 Responsável

Assinatura: Barbara V. P. Santos  
Nome: \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco: Mãe

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Documento de identidade: 1-3 MAR 2019

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19 : 50



### DECLARAÇÃO DO MÉDICO / PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Declaro que explico de modo objetivo e claro todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual o referido paciente está sujeito, esclarecendo seus benefícios, riscos e alternativas, bem como tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo e/ou seu responsável legal. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender tudo que foi informado.

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19 : 50

Nome completo e/ou Assinatura: Dr. Jaysson Barbosa Nº do conselho: 0241-899



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIFRAS - PIAUÍ

SECRETARIA DE OEFRAS  
 DE SEGUROS  
 13 MAR 2019  
 DPVAT



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 12/01/19

Paciente: Romara *Infância da Concorra* Leito: 03 02 DN: 19/08/18

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08:47 hrs Paciente acordada - 4 ml de soro 100 x 10 <sup>6</sup> unidades de vac. HT - 36 x 36 x 36	
09:02 - 14. 10x8cm H. Tax 36.6. Paciente de algie devancia Edmanti Oliveira. Filopais nobi. 38x. 093	
15:22 hrs Paciente quise-se de alquira, acompanhando imobilização ventral. <i>Resolva em 50 perfurantes</i>	
16:30 hrs - 10:15. Pulso em 110 x 40 mmHg. TAC - 36, 0°C	
20:25 hrs - 17:08 Removido 100 x 50 cm. <i>Resolva em 50 perfurantes</i>	
18:00 mmHg	

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA  
RG: 2-320-307 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 026.026.333-80  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA Profissão: LAURATEIRA  
Endereço: TRAVESSA - 13 DE MAIO Nº: SIN  
Bairro: ROSÁRIO Cep: 64500000 Cidade/UF: DEIRAP - PI  
Telefone: (89) 99446-7403 ( ) ( )

## OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
RG: 2-164096 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 096400283-42  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: FIQUEIRO  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES Nº: 217  
Bairro: JUREMUNA Cep: 64500000 Cidade/UF: DEIRAP - PI  
Telefone: (89) 99408-3583 (89) 99437-3721 ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos 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: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA  
CPF: 026.026.333.80 Data do Acidente: 11/03/2019  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

DEIRAP, 01 DE MARÇO DE 2019  
Local e data

3º Ofício

Romana Maria da Conceição de Sousa  
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
13 MAR 2019

Cartório do Terceiro Ofício de Notas  
Teresina, Beneditine Otta Barreto, 833 3402-1411  
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA, DOU PE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAP-PI, 01/03/2019. Cód. 33.55 13:0,77 FIMP:0,10 Selos:0,25 Total:4,99 Selo:ABD.15675 (F60F4)

Selo de Fiscalização e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Tribunal de Justiça  
Atos de Fls. Registro e Judicial  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
890 15675

DPVAT

MILICIANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137269/19

**Número do Sinistro:** 3190289042

**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

**CPF:** 026.026.333-80

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/01/2019

**Titular do CPF:** ROMANA MARIA DA  
CONCEICAO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 07/05/2019  
Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137269/19

**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

**CPF:** 026.026.333-80

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/01/2019

**Titular do CPF:** ROMANA MARIA DA  
CONCEICAO DE SOUSA

**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  
DUT

### RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

### ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80

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](http://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: 24/04/2019  
Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI Nº 012428479166

CERTIFICADO DE RENOVACÃO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0133 0186 6960 5127 949F 1974 1418 9910 0818

ALIANÇA FIDUCIARIA  
 YAMAHA ADM. DE CONSORCIO S/E LTDA  
 OEIRAS

ALIANÇA FIDUCIARIA  
 YAMAHA ADM. DE CONSORCIO S/E LTDA

01/18/2018

Este documento não substitui o documento original emitido pelo DETRAN. Para mais informações, consulte o site www.detransp.pi.gov.br

PI Nº 012428479166 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05837031359 PIZ-3308 2018

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

www.detransp.pi.gov.br

01/16/2018

05837031359 PIZ-3308

01166609305 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2018 9C6RG3140J0016493

2018

PRÊMIO TARIFARIO

033,86 005,76 037,62

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

004,15 000,30 079,72

SEGURADORA LIDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

FEB-2016

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
 13 MAR 2018  
 DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190289042 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE (FRATURA COMINUTIVA EM PAREDE ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO, FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190289042 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

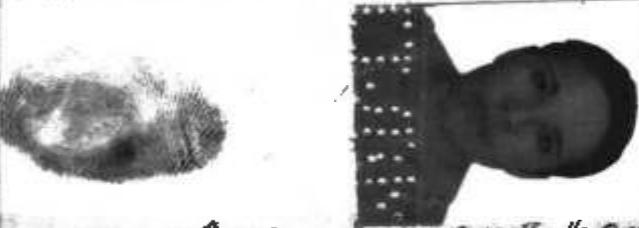
## DANOS

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



*Romana Maria da Conceição de Sousa*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO  
GERAL

2.320.307

DATA DE  
EXPECIÇÃO

13/02/19

NOME

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO

RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

NATURALIDADE

OEIRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO

17/08/1984

DOC. ORIGEM

CERT.CASAM. 2965 L 08-B E 181

CPF

EXP OEIRAS-PI 06/03/06

026.026.933-60

Chagas Pinheiro  
Perito Paposcopi, Policial Civil e Especialista

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/88 - DECRETO Nº 89.250/93

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizado pela SEFAZ DE/98

Nº da Nota Fiscal 018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2008.

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO 26/02/2019

CONSUMO (KWH) 96

TOTAL A PAGAR (R\$) 91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA  
TV 13 DE MAIO O ROSARIO  
CPF: 00003408445311  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	1430	Atual:	19/02/2019
Anterior:	1334	Anterior:	18/01/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	21/03/2019
Consumo (Medido):	96	Emissão:	18/02/2019
Consumo Faturado:	96	Apresentação:	19/02/2019
Código de Irregularidade:		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL		41853200		1-1-1	75

Mês/ano consumo		CONSUMO	Valor
JAN/19	70	96 A R\$ 0,889544	85,39
DEZ/18	69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	80		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
6 A 96 - 0,823550

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O rco pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CPFOR. Informamos ainda que existem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 407,70 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

LIGUE: 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

RESERVA DO FISCO E222 EE68 A0E9 B6BB 2E67 AAE9 4EE2 0125

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TABULOS - R\$	
Distribuição:	17,29	Base de Cálculo:	85,39
Energia:	33,38	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,65	Valor do ICMS:	18,78
Encargos:	3,56	Valor do PIS:	1,20
Tributos:	25,51	Valor do COFINS:	5,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Código	DCE			FEC			SASC	
	Plano	Operacional	Atual	Plano	Operacional	Atual	Plano	Atual
Contas	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
Recebíveis	0,00			0,00			0,00	
Contas em aberto							12/2018	22,84

ROT: 65.770.15.17.109580

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0940025-7  
MÊS FATURADO

91,37  
VENCIMENTO

02/2019  
Nº da Nota Fiscal:

26/02/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

018003496 FCAM

83680000000 9 91370017000 8 00000000940 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. LEIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
Nº 06.940.749/0001-00 | Insc. Estadual 19.301.127-5  
Nº de Fisco 1.043.001-00 | Insc. Federal 19.301.127-5  
Regime especial de tributação autorizado pela SIAZ de 08/08

Nº de Nota Fiscal 012373363

Tarifa Social de Energia 016, ou 150% Adicional  
+ IEL nº 10.438 de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA  
CPF: 00004640023342  
CFP: 64.500-000 - DETRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11870	Atual:	16/10/2018
Anterior:	11721	Anterior:	14/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/11/2018
Consumo Médio:	149	Início:	25/10/2018
Consumo Fabricado:	149	Arrecadação:	18/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Logradouro	Número Medidor	Posto	Instalação	Mês de 12 meses
RESIDENCIAL	MONTE	1226643			

HISTÓRICO KWH	
Mês/ano consumo	
SET/18	140
AGO/18	151
JUL/18	125
JUN/18	138
MAI/18	140
ABR/18	128
MAR/18	122
FEV/18	120
JAN/18	127
DEZ/17	97

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 145 - 0,53400

CONSUMO 149 A R\$ 0,834032 = 124,27  
CONTR. ILLUMINACAO BUD (C05229) 9,90  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
24 ABR 2019  
DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 137,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
09/2018	125,95	

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 166E.DEB5.6FB1.7D30.C683.01EF.56ED.7F1A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,70	Breve Cálculo:	124,27
Energia:	48,86	Aquisição ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,68	Valor ICMS:	27,33
Encargos:	7,78	Valor ICMS:	1,23
Tributos:	34,25	Valor do CDF 45:	5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			DHC			DICI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54		
Realizado	2,52			1,00			2,52		

Consumo DETRAS 08/2018 R\$ 44,04

ROT: 61.770.11.33.110800



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	134,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	24/10/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.940.749/0001-00 | Insc. Estadual 19.301.127-5

Nº da Nota Fiscal: 012373363 FCAM

8365000001 0 34170017000 2 0000001185 8 34332018000 2



SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 DT. LEIT.: 16/10/2018 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002  
DT. VENC.: 24/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2761



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

Para mais informações, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: (800) 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://www7.susep.gov.br/BIBLIOTCAWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu RANGERE MONTIM SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283-142 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Romana Maria da Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 026026333-80

do sinistro de DPVAT cobertura IMMÓVEL da vítima Romana Maria da Conceição Sousa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333-80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa 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>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>	Número: <u>241</u>	Complemento: <u>- / - / - / - / -</u>
Bairro: <u>JUREMINTA</u>	Cidade: <u>DETRAF</u>	Estado: <u>PIAUI</u>
CEP: <u>64.500-000</u>		Tel.(DDD): <u>89-99406-3583</u>

Local e Data: DETRAF, 01 DE MARÇO DE 2019

+ Rangere Montim Silva  
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Declaração de Proprietário do Veículo

Eu, ISRAEL DE SOUSA, RG nº 3540735, data de expedição 09/11/10, Órgão PI, portador do CPF nº 058.370.313-59, com domicílio na cidade de DEIRAS, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CARVALHO NETO ROLAJE FLORIANO, nº 54, complemento - /, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA, cujo condutor era ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA

Veículo: PAS / MOTOCICLO

Modelo: YAMAHA / YBR 150 FACTOR ED

Ano: 2018

Placa: PIA 3308

Chassi: 9CGRG3140J0036493

Data do acidente: 11/01/19

Local e data: Anel viário, próximo ao KaiK - 11/01/19

Deiras - PI, 18/02/2019

3º Ofício  
3º Ofício

ISRAEL DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Romana Maria da Conceição de Sousa

Assinatura do Condutor

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
13 MAR 2019  
DPVAT

Cartão do Terceiro Ofício de Notas  
Tabela: Tabelas de Tarifas - 2019 (2019-2021)

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE ISRAEL DE SOUSA e ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA. DOU FE. EM TEST. DE VERDADE. OETM-PI, 18/02/2019. EMO: 7,70 TO: 1,54 FMP: 0,20 Selos: 0,52 Total: 9,96 Selos: ABO 15276 ABO 15277 (F&OP19)

WILDERNE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE

3º Ofício de Notas  
Cartão de Autenticidade

Selo de Fiscalização e Autenticidade  
Fundo Judicial  
Fundo de Notas, Registro e Judicial  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABO 15277  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABO 15276