

constantel
ENERGIA

CEPISA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CEP: 64.017-400/001-89 | INSC. ESTADUAL: 19.307.383-5
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/99

Para CONSULTA
consultar, informar
estes NÚMEROS:

1110653-0

Nº da Nota Fiscal 021590559

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,20

MAIO/2019

20-05-2019

ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA
R. JERENIAS PEREIRA 1244 VALENTIM LAVANDERIA
CPF: 00068449283353

BAIXA RENDAS - VALÉRIA DO PIAUÍ

Atual
Anterior: 11439
Consumo de Medição: 21348
Consumo Medidor: 1,000
Consumo Faturado: 91

Atual
Anterior: 13/05/2019
Próxima Leitura: 11-04-2019
Emissão: 11-06-2019
Apresentação: 10-05-2019
Data de Cômputo: 13-05-2019

Consumo Irregular: ECAM

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse: 11439 Número Medidor: 21348 Poste: 32 Código Fat: 11439 Média 12 meses

RENTA DE RENDA

Mês/Ano
ABR/19 102
MAR/19 103
FEV/19 115
JAN/19 102
DEZ/18 101
NOV/18 146
OUT/18 125
SET/18 121
AGO/18 105
JUL/18 68

CONSUMO 30 A R\$ 0,288538 = 8,65
61 A R\$ 0,494635 = 30,17
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,20
DIFERENÇA DE TARIFA 36,19
SUBVENCAO BAIXA RENDA 26,01
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,13

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM

Mes/Ano 04/2019 Valor R\$ 71,89
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-05-2019. O que resumo por-
tando enviar também o inclusão do nome do consumidor na
SEDE. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO FISCO

Distribuição	Valor	Base de Cálculo	Alíquota (R\$)	Valor (R\$)
Energia	15,77			
Transmissão	30,46			
Encargos	5,15			
Tributos	2,52			
		Valor do ICMS	22,00%	58,51
		Valor do PIS		16,50
		Valor do COFINS	1,40%	0,82
				3,79

Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor
Unidade	7,27	Unidade	14,53	Unidade	29,06	Unidade	3,68
Unidade	0,00	Unidade	0,00	Unidade	7,35	Unidade	14,70
Unidade		Unidade		Unidade	4,14	Unidade	

NOVO ORIENTE

constantel
ENERGIA

CEPISA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CEP: 64.017-400/001-89 | INSC. ESTADUAL: 19.307.383-5

SEU CÓDIGO
1110653-0

TOTAL A PAGAR - R\$

56,20

MÊS FUTURO
05/2019

VENCIMENTO
20-05-2019

Nº da Nota Fiscal: 021590559 FCAM

836500000000 2 56200017000 0 00000001110 6 65300519008 3



SEQ.: 00346 UC: 1110653-0 DT. LEIT.: 13/05/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 11439 NORMAL TOTAL: 56,20 CAPA: 1110653-0
DT. VENC.: 20-05-2019

constant
ENERGIA

CEPISA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CEP: 64.067-400/001-89 | INSC. ESTADUAL: 19.307.383-5
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série 6-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/90

Para CONTATO
CONTADOR, INFORMAR
Código 1110653-0

Nº da Nota Fiscal 021590559

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)
56,20

MAIO/2019

20-05-2019

ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA
R. JERENIAS PEREIRA 1244 VALENTIM LAVANDERIA
CPF: 00868449283353

BAIXA DE RENDAS - VALDEMO DO PIAUÍ

Atual
Anterior: 11439
Consumo de Medição: 21348
Consumo Medidor: 1,000
Consumo Faturado: 91

Atual
Anterior: 13/05/2019
Próxima Leitura: 11-04-2019
Emissão: 11-06-2019
Apresentação: 10-05-2019
Data de Criação: 13-05-2019

Consumo Irregular: ECAM

Normalizados na Unidade Consumidora
Classe/Subclasse: 11/01/01
Número Medidor: 11439
Posto: 32
Código Fat: 1110653-0
Mês: 12 meses

RENTA DE RENDA
Mês de consumo

CONSUMO
30 A R\$ 0,288538 = 8,65
61 A R\$ 0,494635 = 30,17
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 7,20
DIFERENÇA DE TARIFA 36,19
SUBVENCAO BAIXA RENDA 26,01
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,13

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
04/2019 71,89
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30-05-2019. O que resumo por-
tando enviar também o inclusão do nome do consumidor na
SEDE. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO PREÇO

Distribuição	Valor	Base de Cálculo	Valor
Energia	15,77	Alíquota ICMS	75,01 58,51
Transmissão	30,46	Valor do ICMS	22,00%
Encargos	5,15	Valor do PIS	1,40%
Tributos	2,52	Valor do COFINS	0,82
			3,79

21, 11 INDICADORES DE CONTABILIDADE	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
IC	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
FC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

NOVO ORIENTE

constant
ENERGIA

CEPISA
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CEP: 64.067-400/001-89 | INSC. ESTADUAL: 19.307.383-5

SEU CÓDIGO
1110653-0

TOTAL A PAGAR - R\$
56,20

MÊS FUTURO
05/2019

VENCIMENTO
20-05-2019

Nº da Nota Fiscal: 021590559 FCAM

836500000000 2 56200017000 0 00000001110 6 65300519008 3



SEQ.: 00346 UC: 1110653-0 DT. LEIT.: 13/05/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 11439 NORMAL TOTAL: 56,20 CAPA: 1110653-0
DT. VENC.: 20-05-2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Amamaria de Sousa BARBOSA inscrita (a) no CPF/CNPJ 684.492.833-53
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Ferreira da Costa inscrito
(a) no CPF sob o nº 395.437.653-91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JOSE FERREIRA DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o nº 395.437.653-91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Dona de casa Renda: 300,00 Reais e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Jeremias Pereira</u>		Número <u>1244</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Valentim</u>	Cidade <u>Valença - Piauí</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>643000-00</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>89999813654</u>

VALENÇA-PI de MAIO de 2019
Local e Data

Amamaria de Sousa Barbosa
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 32 04

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

Eu, ALCIDES JOSE DE SOUSA

RG nº 757 246, data de expedição 14/08/10

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 305.572.243-49

com domicílio na cidade de VALENÇA, no Estado de

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

PROXYM 09, nº 214

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

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

José Ferreira da Costa, cujo o condutor era

José Ferreira da Costa

Veículo: MOTTA Modelo: HONDA/NXR/160/BROS/ESD Ano: 2016

Placa: PI-P-6014 Chassi: 9C2KDD0810GR464833

Data do Acidente: 08/12/2018

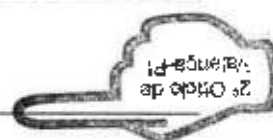
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

Local e Data: * VALENÇA - PI 15-4-2019

* Alcídes José de Sousa
Assinatura do Declarante



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

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protasos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP, 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

PERSONALIZADO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE: ALCIDES JOSE DE SOUSA, DO
RG Nº 757.246, DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ, 15/04/2019.
Emitido em 15/04/2019 por 010 150354-98. Gerado em 15/04/2019.

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Ana Cláudia Melo Lopes Fereira Chaves Barbosa - ESCRIVÃ



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada

RECEITUÁRIO

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
CPF: 497.280.133-72

Nome:

José Penna da Costa

Paciente vítima acidente de trânsito (SIC)
dia 08/12/2018, ao exame: trauma
em ombro esquerdo com fratura obliqua
localizada em diáfise média de clavi-
cula esquerda, fixada por fio metálico
associado a aumento de partes moles, sen-
do submetido a tratamento cirúrgico
(SIC); alta do tratamento 21/03/2019;
com redução da capacidade funcional do membro
superior esquerdo, de aproximadamente 30%
superiormente ao exame.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM: 2640
CPF: 497.280.133-72

Valença do Piauí - PI, 21/03/2019

Helder Ant - mas
CRM 2640



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0225793
Data: 10/12/2018
Funcionário: ELDER

Registro: 4653
Hora: 15:08:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 46

SUS

JOSE FERREIRA DA COSTA

Nasc.: 05/08/1968 Idade: 50 ANOS, 4 MESES, 5 DIAS Profissão:
End.: RUA GEREMIAS PEREIRA, 1.244 - Bairro: VALENTIN
Cor: SEM Telefone: (89) 9915-1036 Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO

CPF: 39543765391 - RG: 27947717x - SUS: 162460019990009

Civil: VIUVO(A) CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: EDMUNDO DE ARAUJO COSTA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

*QUEIXA MOTIVADA POR 03 ANOS /
RESPIR. RELACIONADA*

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

ANÁLISES SEMPRE REALIZADAS

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 15:14:59

Prioridade:

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

Q_xa/História: ALGIA, EDEMA E HEMATOMA *na coxa e*

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

Alergias: NEGA ALERGIA MED

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: PCT RELATA QUEDA DE MOTO Há 3 DIAS, NEGA HAS E DM

Conduta: ENC CLINICO GERAL

Laline Costa
404991-PI 404.991

404991 - LALINE DA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

AM A MA

JOSE FERREIRA DA COSTA
Paciente ou Responsável

TALLY FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
MÉDICO
CRM-PI 7058

7068 - TALLY FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável

Atendimento	1021712
Data:	10/12/2018
Hora:	16:38

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT, 0
VALENÇA DO PIAUÍ

Nº AIH
ANA

162	221810261867-7
-----	----------------

4653 - JOSE FERREIRA DA COSTA

VIUVO(A) - Sexo: FEMININO - 05/08/1968 - 50 ANOS, 4 MESES, 5 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 009- CLINICA MEDICA - M Leito: 009/001 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 7068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
CPF: 39543765391 RG: 27947717x SIS Prenatal: CNS: 162460019990009

Endereço: GEREMIAS PEREIRA, Nº 1.244 - CEP: 64300-000 Bairro: VALENTIN

Cidade: 2211308- VALENÇA DO PIAUÍ/PI Profissão: Telefone: () -

Pai: EDMUNDO DE ARAUJO COSTA Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO

Responsável: ANA MARIA - - ESPOSA

Diagnostico inicial: DOR - 9899-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

PACIENTE ACU ENVIADA COM DOR DE AUMENTE MOTOCICLISTA, AO
RAIO-X - FRATURA CLAVICULAR, CARRADO NAUEN DE REGULAR, PMS
ALGUMAS DO PÉDULO.

Diagnóstico Provável Fratura clavícula

DR. TALLYS
MÉDICO
CRM-PI 7068

TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Responsável pela admissão

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

Responsável pela alta

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	R
H. FERNANDA LIMA H. ARIANA SILVA 01/06/19 08h 20min 02/06/19 08h 20min 03/06/19 08h 20min 04/06/19 08h 20min 05/06/19 08h 20min 06/06/19 08h 20min 07/06/19 08h 20min 08/06/19 08h 20min 09/06/19 08h 20min 10/06/19 08h 20min 11/06/19 08h 20min 12/06/19 08h 20min 13/06/19 08h 20min 14/06/19 08h 20min 15/06/19 08h 20min 16/06/19 08h 20min 17/06/19 08h 20min 18/06/19 08h 20min 19/06/19 08h 20min 20/06/19 08h 20min 21/06/19 08h 20min 22/06/19 08h 20min 23/06/19 08h 20min 24/06/19 08h 20min 25/06/19 08h 20min 26/06/19 08h 20min 27/06/19 08h 20min 28/06/19 08h 20min 29/06/19 08h 20min 30/06/19 08h 20min 01/07/19 08h 20min 02/07/19 08h 20min 03/07/19 08h 20min 04/07/19 08h 20min 05/07/19 08h 20min 06/07/19 08h 20min 07/07/19 08h 20min 08/07/19 08h 20min 09/07/19 08h 20min 10/07/19 08h 20min 11/07/19 08h 20min 12/07/19 08h 20min 13/07/19 08h 20min 14/07/19 08h 20min 15/07/19 08h 20min 16/07/19 08h 20min 17/07/19 08h 20min 18/07/19 08h 20min 19/07/19 08h 20min 20/07/19 08h 20min 21/07/19 08h 20min 22/07/19 08h 20min 23/07/19 08h 20min 24/07/19 08h 20min 25/07/19 08h 20min 26/07/19 08h 20min 27/07/19 08h 20min 28/07/19 08h 20min 29/07/19 08h 20min 30/07/19 08h 20min 31/07/19 08h 20min 01/08/19 08h 20min 02/08/19 08h 20min 03/08/19 08h 20min 04/08/19 08h 20min 05/08/19 08h 20min 06/08/19 08h 20min 07/08/19 08h 20min 08/08/19 08h 20min 09/08/19 08h 20min 10/08/19 08h 20min 11/08/19 08h 20min 12/08/19 08h 20min 13/08/19 08h 20min 14/08/19 08h 20min 15/08/19 08h 20min 16/08/19 08h 20min 17/08/19 08h 20min 18/08/19 08h 20min 19/08/19 08h 20min 20/08/19 08h 20min 21/08/19 08h 20min 22/08/19 08h 20min 23/08/19 08h 20min 24/08/19 08h 20min 25/08/19 08h 20min 26/08/19 08h 20min 27/08/19 08h 20min 28/08/19 08h 20min 29/08/19 08h 20min 30/08/19 08h 20min 31/08/19 08h 20min 01/09/19 08h 20min 02/09/19 08h 20min 03/09/19 08h 20min 04/09/19 08h 20min 05/09/19 08h 20min 06/09/19 08h 20min 07/09/19 08h 20min 08/09/19 08h 20min 09/09/19 08h 20min 10/09/19 08h 20min 11/09/19 08h 20min 12/09/19 08h 20min 13/09/19 08h 20min 14/09/19 08h 20min 15/09/19 08h 20min 16/09/19 08h 20min 17/09/19 08h 20min 18/09/19 08h 20min 19/09/19 08h 20min 20/09/19 08h 20min 21/09/19 08h 20min 22/09/19 08h 20min 23/09/19 08h 20min 24/09/19 08h 20min 25/09/19 08h 20min 26/09/19 08h 20min 27/09/19 08h 20min 28/09/19 08h 20min 29/09/19 08h 20min 30/09/19 08h 20min 01/10/19 08h 20min 02/10/19 08h 20min 03/10/19 08h 20min 04/10/19 08h 20min 05/10/19 08h 20min 06/10/19 08h 20min 07/10/19 08h 20min 08/10/19 08h 20min 09/10/19 08h 20min 10/10/19 08h 20min 11/10/19 08h 20min 12/10/19 08h 20min 13/10/19 08h 20min 14/10/19 08h 20min 15/10/19 08h 20min 16/10/19 08h 20min 17/10/19 08h 20min 18/10/19 08h 20min 19/10/19 08h 20min 20/10/19 08h 20min 21/10/19 08h 20min 22/10/19 08h 20min 23/10/19 08h 20min 24/10/19 08h 20min 25/10/19 08h 20min 26/10/19 08h 20min 27/10/19 08h 20min 28/10/19 08h 20min 29/10/19 08h 20min 30/10/19 08h 20min 31/10/19 08h 20min 01/11/19 08h 20min 02/11/19 08h 20min 03/11/19 08h 20min 04/11/19 08h 20min 05/11/19 08h 20min 06/11/19 08h 20min 07/11/19 08h 20min 08/11/19 08h 20min 09/11/19 08h 20min 10/11/19 08h 20min 11/11/19 08h 20min 12/11/19 08h 20min 13/11/19 08h 20min 14/11/19 08h 20min 15/11/19 08h 20min 16/11/19 08h 20min 17/11/19 08h 20min 18/11/19 08h 20min 19/11/19 08h 20min 20/11/19 08h 20min 21/11/19 08h 20min 22/11/19 08h 20min 23/11/19 08h 20min 24/11/19 08h 20min 25/11/19 08h 20min 26/11/19 08h 20min 27/11/19 08h 20min 28/11/19 08h 20min 29/11/19 08h 20min 30/11/19 08h 20min 01/12/19 08h 20min 02/12/19 08h 20min 03/12/19 08h 20min 04/12/19 08h 20min 05/12/19 08h 20min 06/12/19 08h 20min 07/12/19 08h 20min 08/12/19 08h 20min 09/12/19 08h 20min 10/12/19 08h 20min 11/12/19 08h 20min 12/12/19 08h 20min 13/12/19 08h 20min 14/12/19 08h 20min 15/12/19 08h 20min 16/12/19 08h 20min 17/12/19 08h 20min 18/12/19 08h 20min 19/12/19 08h 20min 20/12/19 08h 20min 21/12/19 08h 20min 22/12/19 08h 20min 23/12/19 08h 20min 24/12/19 08h 20min 25/12/19 08h 20min 26/12/19 08h 20min 27/12/19 08h 20min 28/12/19 08h 20min 29/12/19 08h 20min 30/12/19 08h 20min 31/12/19 08h 20min		Admissão em 1ª medição Paciente em tratamento - internado pela 3ª vez - preste nos seguintes - procedimentos de - o mesmo chegou a Agre - sentar-se no PS com - dores e fraqueza - Higiene corporal - medicação com - uso de musculatura - para medicação - demanha - na manha - PA 150x90 mmHg - Temp - 99,0 - 36,8 - pulsis 72 bpm - Do. 24: 00h - PA = 140x90 - AV 16g - 2 - 58 bpm -	

DR. TALLYS LUIZ GAMA
 MEDICO
 CRM-PI 10588

APROVADO
 PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 24 MAI 2019
 DPVAT

Dr. Nélson Antônio de Oliveira
 Médico
 CRM-PI 26447
 CPF 447.260.133-12

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. 12.12.18 Alta hospitalar			
2. 12.12.18 Alta hospitalar	12		
3. 12.12.18 Alta hospitalar	12		
4. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
5. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
6. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
7. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
8. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
9. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
10. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
11. 12.12.18 Alta hospitalar	14		
12. 12.18 Alta hospitalar	14		
13. 12.18 Alta hospitalar	14		
14. 12.18 Alta hospitalar	14		
15. 12.18 Alta hospitalar	14		
16. 12.18 Alta hospitalar	14		
17. 12.18 Alta hospitalar	14		
18. 12.18 Alta hospitalar	14		
19. 12.18 Alta hospitalar	14		
20. 12.18 Alta hospitalar	14		
21. 12.18 Alta hospitalar	14		
22. 12.18 Alta hospitalar	14		
23. 12.18 Alta hospitalar	14		
24. 12.18 Alta hospitalar	14		
25. 12.18 Alta hospitalar	14		
26. 12.18 Alta hospitalar	14		
27. 12.18 Alta hospitalar	14		
28. 12.18 Alta hospitalar	14		
29. 12.18 Alta hospitalar	14		
30. 12.18 Alta hospitalar	14		
31. 12.18 Alta hospitalar	14		
32. 12.18 Alta hospitalar	14		
33. 12.18 Alta hospitalar	14		
34. 12.18 Alta hospitalar	14		
35. 12.18 Alta hospitalar	14		
36. 12.18 Alta hospitalar	14		
37. 12.18 Alta hospitalar	14		
38. 12.18 Alta hospitalar	14		
39. 12.18 Alta hospitalar	14		
40. 12.18 Alta hospitalar	14		
41. 12.18 Alta hospitalar	14		
42. 12.18 Alta hospitalar	14		
43. 12.18 Alta hospitalar	14		
44. 12.18 Alta hospitalar	14		
45. 12.18 Alta hospitalar	14		
46. 12.18 Alta hospitalar	14		
47. 12.18 Alta hospitalar	14		
48. 12.18 Alta hospitalar	14		
49. 12.18 Alta hospitalar	14		
50. 12.18 Alta hospitalar	14		
51. 12.18 Alta hospitalar	14		
52. 12.18 Alta hospitalar	14		
53. 12.18 Alta hospitalar	14		
54. 12.18 Alta hospitalar	14		
55. 12.18 Alta hospitalar	14		
56. 12.18 Alta hospitalar	14		
57. 12.18 Alta hospitalar	14		
58. 12.18 Alta hospitalar	14		
59. 12.18 Alta hospitalar	14		
60. 12.18 Alta hospitalar	14		
61. 12.18 Alta hospitalar	14		
62. 12.18 Alta hospitalar	14		
63. 12.18 Alta hospitalar	14		
64. 12.18 Alta hospitalar	14		
65. 12.18 Alta hospitalar	14		
66. 12.18 Alta hospitalar	14		
67. 12.18 Alta hospitalar	14		
68. 12.18 Alta hospitalar	14		
69. 12.18 Alta hospitalar	14		
70. 12.18 Alta hospitalar	14		
71. 12.18 Alta hospitalar	14		
72. 12.18 Alta hospitalar	14		
73. 12.18 Alta hospitalar	14		
74. 12.18 Alta hospitalar	14		
75. 12.18 Alta hospitalar	14		
76. 12.18 Alta hospitalar	14		
77. 12.18 Alta hospitalar	14		
78. 12.18 Alta hospitalar	14		
79. 12.18 Alta hospitalar	14		
80. 12.18 Alta hospitalar	14		
81. 12.18 Alta hospitalar	14		
82. 12.18 Alta hospitalar	14		
83. 12.18 Alta hospitalar	14		
84. 12.18 Alta hospitalar	14		
85. 12.18 Alta hospitalar	14		
86. 12.18 Alta hospitalar	14		
87. 12.18 Alta hospitalar	14		
88. 12.18 Alta hospitalar	14		
89. 12.18 Alta hospitalar	14		
90. 12.18 Alta hospitalar	14		
91. 12.18 Alta hospitalar	14		
92. 12.18 Alta hospitalar	14		
93. 12.18 Alta hospitalar	14		
94. 12.18 Alta hospitalar	14		
95. 12.18 Alta hospitalar	14		
96. 12.18 Alta hospitalar	14		
97. 12.18 Alta hospitalar	14		
98. 12.18 Alta hospitalar	14		
99. 12.18 Alta hospitalar	14		
100. 12.18 Alta hospitalar	14		

Dr. FREDERICO DANTAS
Médico
CRM-PI 5994
CPF 042.711.023-85

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
24 MAI 2019
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 13 / 12 / 18
Nº DO PRONTUÁRIO 434442 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 040 8010150

Descrição da Cirurgia:

Ref. em 21 de 5/09/2018
aspiração / antissepsia
campos / incisão
direção / redução
de massa / sutura
curativo

P.J. CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

Giovanni J. Lima e Silva
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1729 TEOT 5285

Qualificação Profissional: Res. 1.173/PM
RCPM 15/1981/10-21 Mai. 15.015.0
24.1.15/20.15.015.0

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Osteossutese clavicular 12
Giovanni

Kelson

Mayer

REGULAÇÃO SUS

SENHA Nº 20181208183445

Caráter ELETIVA

Data da solicitação: 08/12/2018 17:50	Número do prontuário:
Autorização: 20181208183445	Profissional solicitante: Usuário Padrão
Estabelecimento Solicitante: Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)	
Estabelecimento Executante: Hospital da Polícia Militar Dirceu Arcoverde - HPM (Teresina/PI)	
Paciente: Jose ferrelra da costa	Data de nascimento: 05/08/1968 (50 anos)
Cid: - Fratura da clavícula	
Procedimentos Autorizados:	

- HPM

- Paciente de Valença

Dis. Serviço Regulatório SUS - 11331 PM
RCM - 11331 PM - 11331 PM
11331 PM - 11331 PM

A 5 8 4 54 56



DATA: 13/12/18
Nº DO PRONTUÁRIO 43448 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 040801015C

NAME: Jose Ferreira da Costa Idade: 50 Sexo: M ASA: 1
 PROCEDIMENTO: Fratura de clavícula E. Apt/Enf e Lato: 204 - E
 CIRURGIÃO: Wilson Neri AUX: Antonio ANEST: Cedron ANESTESIA: Bleomim
 INSTR.: Kelson CIRC.: Wolpa/40mm UNICO: _____ FIM.: _____ SALA: 08
 P.A. _____ F.C. _____ PESO: _____ Hto _____ Glicemia _____ Creatina _____ Respir _____

AFIRMAR MALITOSES		OXIGÊNIO				SEQUÊNCIA	
		1					
		2					
REPOSIÇÃO VOLEMIÇA							
		SaO ₂ (%) E.C.G. EtCO ₂ (mmHg)					
MONITORIZAÇÃO		X INICIO E FIM DA ANESTESIA - P.A. < P.A. MEDIA - FREQUENCIA CARDIACA A.P.A. DINAMICA TEMPERATURA					
		DIURESE (ml)					
Técnica Anestésica:		SPAC (w/mic) + 200cc = ka					
Comentários Adicionais							
Monitorização		☒ ECG ☒ Oxímetro ☐ PAM ☐ Capnógrafo ☒ PANI ☐ PVC					
		Gases	TMM	Mda	Pra	Tempo	
		Oxigênio (%)					
		N ₂ O (%)					
		Az. Modif.					

Adrenalina	Amp	Dolantina	Amp	Midazolam	Fr	Propofol	ml	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp	Mefenidazol	Fr	Ranitidina		Amp
Atropina	Amp	Efedrila	Amp	Neocalina Psa 0,5%	Amp	Quetiapina		Amp
Bextra	Amp	Efedrim	Amp	Narcan	Amp	Quetamina	ml	
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml	Novabupr 0,5%	Fr	Remifentanyl		Fr
Cefazolin 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubain	Amp	Ringer-lactado		
Cefotolina	Fr	Fentanil (SAC)	Amp	Neocalina	Fr	S. Fisilog. 0,8%	ml	
Ciprofloxacina	Fr	Holotamb	ml	Neocalina 0,5% Isohar	Amp	S. Glucosado 6%	ml	Fr
Clonidina	Amp	Hidrocortisona	ml	Neostigmina	Amp	Scalp n°		Und
Colóida ()	Fr	Isoflurano	ml	Omeprazol	Fr	Tracur		Amp
Dexametazona	Amp	Jaleco n° 10	Und	Ondasofrena	Amp	Triatil		Fr
Diazepam	Amp	Kitocalina	Fr	Poliso Cel	Fr	Thiopental		
Dimorf	Amp	Metaclopramida	Amp	Pancurônio	Amp			
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Profanid	Fr			

Dr. Clóvis Pereira Rony Neto
FISIOLOGIA
CRM-F: 3660



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 131011
PACIENTE: JOSE FERREIRA DA COSTA
NOME DA MÃE: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO
DATA DO NASCIMENTO: 05/08/1968
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 13/12/2018
DATA DO LAUDO: 07/01/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura oblíqua, localizada na diáfise média da clavícula esquerda, fixada por fio metálico, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura oblíqua, localizada na diáfise média da clavícula esquerda, fixada por fio metálico, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Dr. Liège de Sampaio
R. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Dr. Liège de Sampaio
Médico
CRM-PI: 4173

LIÈGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



Nº ORDEM:

NOME: JOSE FERREIRA DA COSTA

MÉDICO SOLICITANTE: DENISE CARVALHO

DATA: 11/12/18

CONVÊNIO: INTERNO

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Traços de fratura desalinhada, acometendo terço medial da clavícula esquerda, associada a aumento de partes moles adjacentes.

Superfícies articulares preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traços de fratura desalinhada, acometendo terço medial da clavícula esquerda, associada a aumento de partes moles adjacentes.

Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048
CRM-MA 6665 - RQE 2348

Use apenas para controle de qualidade
RQE 3048 - 198173-0 - Mar 14 1998
14 1346 2010000 10000

✓

ID: 131011
Paciente: JOSE FERRERA DA COSTA
Idade: 050Y
Sexo: M

HPM



Los derechos de autor de esta obra
Pública, 1981, 1981, 1981, 1981, 1981, 1981
por el Centro de Estudios Jurídicos

ID: 130642
Patient: JOSE FERREIRA DA COSTA
Mater: 060Y
Sex: M

Hora: 11:02
Exame: 11/12/2018



E

Dr. Alexandre F. ...
R. ...
C. ...

HPM



E



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		11/12/2018
SIM ☐ NÃO ☐	Nome: JOSE FERREIRA DA COSTA		Pront.: 434442
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 05/08/1968 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNAÇÃO	
SIM ☐ NÃO ☐	Atendimento: 845456	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO Leito: 204
CLÍNICA	Pai:		
Médico Assistente	Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO		
Permanência	RG: 27947717X		
CLÍNICA	Residência:		
	RUA JEREMIAS PEREIRA Nr.: 244 Cep: 64300000	Bairro: VALETIM Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ Telefone: 89 - 999325210	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Doa e edema leve
cabeça fr

DIAGNÓSTICO

Provisório:	fratura clavícula (7)	CID S420
Principal:	fratura clavícula (7)	CID S420
Procedimento:	osteossíntese clavícula (2)	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
11/12/2018 07:44:43	14/12/18	/ /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☒ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

Giovanni J. Lima e Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 1729 TEOT 5285

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

Número do Laudo: **158068**

M221100001

Orgão Emissor:

Paciente: JOSE FERREIRA DA COSTA

Nascimento: 05/08/1968

Procedimento:

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO

FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

CID:

S433 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Data da Solicitação: 11/12/2018

Data da

Autorização: 11/12/2018 09:43:01

ATH.: 2218101161144

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operator:

Atendimento (Data, Hora): 14/12/2018 12:06:15

~~Elle a été vue par un homme de la police
qui a été tué par un autre homme.
C'est la seule de la police.~~

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 158068

AIH: 2218101161144

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRET - ARCOVERDE - HPN1	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRET - ARCOVERDE - HPN1	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 16240009900609	NOME DO PACIENTE JOSE L. FERREIRA DA COSTA	NASCIMENTO 05/08/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 434442
DOCUMENTO CPF 278475134	TELEFONE 89999325210	NOME DA MÃE ANGELINA FERREIRA DE ABREU AGUIAR	RESPONSÁVEL JONATAN SILVA COSTA	
CEP 64300001	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA JERÔNIMAS PEREIRA			NÚMERO / LOTE 214
BARRIO VALENTIM	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO VALENÇA DO PIAUI	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMICA DE ACIDENTE DE MOTO CONTRA TRAVESSIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS DE CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S41.11 - NAIAD DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

01050005 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO ACROMIOCLAVICULAR

LETOCLÍNICA

03/09/2018 - 14/12/2018 - 11/06

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA, CARIMBO, Nº DO CONSELHO)
LUIZ CARLOS PASSOS DE SOUZA
RUA 13/24 - 11/06/2018
Assinatura de Luiz Carlos Passos de Souza

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

11/12/2018

DATA ADMISSÃO

11/12/2018 07:31

DATA ALTA

14/12/2018 11:06

MOTIVO ALTA

ALTIORARI

UF VALENÇA DO PIAUI

CPF 16240009900609

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo acidente	CNP/SEGURODORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNP DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CÓD. NATUREZA DA LESÃO
---------------	----------------	---------------	-------	----------------	--------------	------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) Nº DO CONSELHO	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER, CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA
P. PAULO S. SILVA G. LIMA CPF 277869015 CRM DATA ANÁLISE 11/22/2018 11:06	UF CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		11/12/2018
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐		Nome: JOSE FERREIRA DA COSTA		Pront.: 434442
CLÍNICA		Nasc.: 05/08/1968 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO
Médico Assistente		Atendimento: 845456		Enfermaria: POSTO II
Permanência		Pai:		ENF 204 LEITO
CLÍNICA		Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO		Leito: 204
RG: 27947717X		Residência:		
Rua Jeremias Pereira Nº: 244 Cep: 64300000		Bairro: VALETIM Cidade: VALENCA DO PIAUI Telefone: 09 - 999325210		

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Doa e edema leve
no fr*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S420	
Principal:	CID S420	
Procedimento:	CID S420	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 11/12/2018 07:44:43	Data da Alta: 14/12/18	Data da Hospitalização / /
--	---------------------------	-------------------------------

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☒ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

Giovanni Lima e Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 2729 TEPT 5285



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2 - CNES 2323451	Atendimento 845456
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: JOSE FERREIRA DA COSTA	6 - Prontuário: 434442
7 - CNS: 162460019990009	8 - Nascimento: 05/08/1968
11 - Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO	9 - Sexo: M
13 - Resp: JONATAN SILVA COSTA	12 - Fone: 89-9.99325210
15 - Enderr: RUA JEREMIAS PEREIRA	14 - Cor: PARDA
16 - Munic: VALENCA DO PIAUI	19 - CEP: 64300-000
244 - VALETIM	17 - Cod. IBGE: 221130
	18 - UF: PI
	RG: 27947-717X

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e edema em ombro Gx

PJ CORRETORA DE SEGUROS

24 MAI 2019

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de amparo DPVAT

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX ombro Gx

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010186 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS
2

29 - Clínica:
POSTO II

30 - Caracter.:
01

Ident.:
1

31 - Documento:
CPF 16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
11/12/2018

Giovanni J. Lima e Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 1729 TEOT 5285
36 - Ass.: Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			
45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 17/12/18
48 - Documento	49 - Num. Documento

50 - Ass.

Luiz Edson dos Santos
ANEXO 1 - 2018 - 2019
ANEXO 2 - 2018 - 2019
ANEXO 3 - 2018 - 2019
ANEXO 4 - 2018 - 2019
ANEXO 5 - 2018 - 2019
ANEXO 6 - 2018 - 2019
ANEXO 7 - 2018 - 2019
ANEXO 8 - 2018 - 2019
ANEXO 9 - 2018 - 2019
ANEXO 10 - 2018 - 2019
ANEXO 11 - 2018 - 2019
ANEXO 12 - 2018 - 2019
ANEXO 13 - 2018 - 2019
ANEXO 14 - 2018 - 2019
ANEXO 15 - 2018 - 2019
ANEXO 16 - 2018 - 2019
ANEXO 17 - 2018 - 2019
ANEXO 18 - 2018 - 2019
ANEXO 19 - 2018 - 2019
ANEXO 20 - 2018 - 2019
ANEXO 21 - 2018 - 2019
ANEXO 22 - 2018 - 2019
ANEXO 23 - 2018 - 2019
ANEXO 24 - 2018 - 2019
ANEXO 25 - 2018 - 2019
ANEXO 26 - 2018 - 2019
ANEXO 27 - 2018 - 2019
ANEXO 28 - 2018 - 2019
ANEXO 29 - 2018 - 2019
ANEXO 30 - 2018 - 2019
ANEXO 31 - 2018 - 2019
ANEXO 32 - 2018 - 2019
ANEXO 33 - 2018 - 2019
ANEXO 34 - 2018 - 2019
ANEXO 35 - 2018 - 2019
ANEXO 36 - 2018 - 2019
ANEXO 37 - 2018 - 2019
ANEXO 38 - 2018 - 2019
ANEXO 39 - 2018 - 2019
ANEXO 40 - 2018 - 2019
ANEXO 41 - 2018 - 2019
ANEXO 42 - 2018 - 2019
ANEXO 43 - 2018 - 2019
ANEXO 44 - 2018 - 2019
ANEXO 45 - 2018 - 2019
ANEXO 46 - 2018 - 2019
ANEXO 47 - 2018 - 2019
ANEXO 48 - 2018 - 2019
ANEXO 49 - 2018 - 2019
ANEXO 50 - 2018 - 2019
ANEXO 51 - 2018 - 2019
ANEXO 52 - 2018 - 2019
ANEXO 53 - 2018 - 2019
ANEXO 54 - 2018 - 2019
ANEXO 55 - 2018 - 2019
ANEXO 56 - 2018 - 2019
ANEXO 57 - 2018 - 2019
ANEXO 58 - 2018 - 2019
ANEXO 59 - 2018 - 2019
ANEXO 60 - 2018 - 2019
ANEXO 61 - 2018 - 2019
ANEXO 62 - 2018 - 2019
ANEXO 63 - 2018 - 2019
ANEXO 64 - 2018 - 2019
ANEXO 65 - 2018 - 2019
ANEXO 66 - 2018 - 2019
ANEXO 67 - 2018 - 2019
ANEXO 68 - 2018 - 2019
ANEXO 69 - 2018 - 2019
ANEXO 70 - 2018 - 2019
ANEXO 71 - 2018 - 2019
ANEXO 72 - 2018 - 2019
ANEXO 73 - 2018 - 2019
ANEXO 74 - 2018 - 2019
ANEXO 75 - 2018 - 2019
ANEXO 76 - 2018 - 2019
ANEXO 77 - 2018 - 2019
ANEXO 78 - 2018 - 2019
ANEXO 79 - 2018 - 2019
ANEXO 80 - 2018 - 2019
ANEXO 81 - 2018 - 2019
ANEXO 82 - 2018 - 2019
ANEXO 83 - 2018 - 2019
ANEXO 84 - 2018 - 2019
ANEXO 85 - 2018 - 2019
ANEXO 86 - 2018 - 2019
ANEXO 87 - 2018 - 2019
ANEXO 88 - 2018 - 2019
ANEXO 89 - 2018 - 2019
ANEXO 90 - 2018 - 2019
ANEXO 91 - 2018 - 2019
ANEXO 92 - 2018 - 2019
ANEXO 93 - 2018 - 2019
ANEXO 94 - 2018 - 2019
ANEXO 95 - 2018 - 2019
ANEXO 96 - 2018 - 2019
ANEXO 97 - 2018 - 2019
ANEXO 98 - 2018 - 2019
ANEXO 99 - 2018 - 2019
ANEXO 100 - 2018 - 2019

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Jonatan Silva Costa

Usuário:
Consultor Local:
Consulta SUS: 20181206183448
Impressão: 7:49:05



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



Av. Higino Cunha 1642, Bairro Jhotas, Teresina/Pi CEP 64014090 - Fone (86) 3216-1256 - CNPJ 07441159/000225

AVALIAÇÃO DE RISCO PERIOPERATÓRIO

NOME:

JOSE FERREIRA DA COSTA

Ao CIRURGIÃO,

204-1

O(a) paciente supracitado(a) foi submetido(a) a avaliação preconizada pela II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia, com aplicação do escore de Lee, individualizando-se a análise de acordo com o julgamento clínico.

DADOS CLÍNICOS:

Idade: 50 anos

- AP: —

- Exame físico:

S/ ALT.

PA = 110/70

FC = 68

- Exames complementares:

WB ML / CGG NL

- Procedimento proposto: TTO FRATURA CLAVÍCULA

Conclusão:

RISCO PERIOPERATÓRIO:

BAIXO

- (☒) Sem necessidade de recomendações específicas.
(☐) Recomendações:

Teresina (PI),

12/12/2018..

Lucas Telxeira Dias
CARDIOLOGISTA
CRM 3308

Lucas Telxeira Dias
CRM 3308
RCPM 1981/15-2-10/15-2
1981/15-2-10/15-2

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO FOTOGRÁFICO 27.947.717-X DATA DE EMISSÃO 19/AGO/91

NOME JOSE FERREIRA DA COSTA

FILIAÇÃO EDMUNDO DE ARAUJO COSTA

E ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO

NATURALIDADE S. MIGUEL DO TAPUIO - PI 05/AGO/1968 DATA DE NASCIMENTO

VALENCIA DO PIAUI-PI

VALENCIA DO PIAUI

CC: LV.BS / FLS. 53V / N. 001243

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N. 7.116 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

91058

27.947.717-X

ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO

JOSE FERREIRA DA COSTA

05/AGO/1968

27.947.717-X

MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 395.437.653-91

Nome JOSE FERREIRA DA COSTA

Nascimento 05/08/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0201228

ANA Maria de Sousa Barbosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.882.833 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/13

NOME ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA

FILIAÇÃO FRANCISCA DE SOUSA SANTOS
JOSÉ BARBOSA DA COSTA

NATURALIDADE ELESBÃO VELOSO-PI 26/03/1965

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 9106 L 00025 F 021
EXP. ELESBÃO VELOSO-PI 01/07/13

TERRENO - PI 684.492.833-53 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013227943653

VA- 01091202580

EXERCÍCIO 2018

ALCIDES JOSÉ DE SOUSA

0167 2003 7594 5162 8042 2223 0152 0756 2106 2418

CPF/CNPJ 30557224349

PLACA FIF-6014

PLACA ANT/UF 9C2KD0810GR464833

PAS/MOTOCICLE/MENHURA

ALCOOL/GAS

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FIB 2016

02P/0162CC

ANO MOD 2016

COTA ÚNICA

1º IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

PREMIO TOTAL (R\$)

DIVA DE PAGAMENTO

SECUR BRIGATONHO

ADMINISTRADORA DE CONSUMO HONDA

DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA

VALENCIA DO 15/06/2018

13/06/2018

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

PI Nº 013227943653 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

30557224349

PLACA FIF-6014

HONDA/NXR160 BROS ESDD

01091202580

ANO FIB 2016

PREMIO TARIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

PJ CORRETORA DE SEGUROS
24 MAI 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342399 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190342399 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS P.9,10,12)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE FERREIRA DA COSTA
RG: 27.947-717-X Órgão Emissor: SSA-SP CPF: 395.437-653-91
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: VIVO Profissão: RURAL
Endereço: RUA JEREMIAS PEREIRA Nº 1244
Bairro: VALENTIM Cep: 64300-000 Cidade/UF: VALENÇA-PI
Telefone: (89) 99981-3654 () ()

OUTORGADO:

Nome: ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA
RG: 3882-850 Órgão Emissor: SSA-PI CPF: 684.492.833-53
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA Profissão: DONA DE CASA
Endereço: RUA JEREMIAS PEREIRA Nº 1244
Bairro: VALENTIM Cep: 64330-000 Cidade/UF: VALENÇA-PI
Telefone: () () ()

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

Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA
CPF: 395.437-653-91 Data do Acidente: 08/12/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

VALENÇA-PI 15-4-2019
Local e data

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

2º Ofício de
Valença-PI

Jose Ferreira da Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

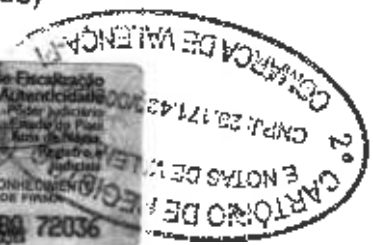
2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE FERREIRA DA COSTA, 144
E, EM DEVIDA FORMA, O 2º OFÍCIO DE VALENÇA DO PIAUÍ, 13/05/2019
EAMI: 3382-850, CPF: 0.10- Selo: 0.26 100114.90 010104.72036

Ana Cláudia Melo L. e Cláudia Barbosa
Ass. Cláudia Melo Lopes Ferreira Cláudia Barbosa-250300012

Ana Cláudia Melo L. e Cláudia Barbosa
Escrivente Autoriz



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175206/19

Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA

CPF: 395.437.653-91

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: JOSE FERREIRA DA COSTA

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

ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA : 684.492.833-53

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

JOSE FERREIRA DA COSTA : 395.437.653-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019
Nome: ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA
CPF: 684.492.833-53

ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342399

Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA DA COSTA

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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190342399

Vítima: JOSE FERREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA MARIA DE SOUSA BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DA COSTA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE FERREIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003887**

Conta: **000009856-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 395 437 653 91 Nome completo da vítima: José Ferreira da Costa

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

Nome completo: José Ferreira da Costa CPF: 395 437 653 91
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Juvenal Pereira Número: 1244 Complemento: _____
Bairro: Valentin Lavanderia Cidade: Valença do Piauí Estado: Pi CEP: 64300-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 013 CONTA: 9856 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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: _____
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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Valença Pi 24.05.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ 24 MAI 2019
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG VALENCA
DATA: 15/05/2019
TERMINAL: 38871004

HORA: 09:15:07
CONTROLE: 388710040000

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 388 013.00009856-0
NOME: JOSE FERREIRA DA COSTA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~XXXXXX~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 89 99984-8011

NÚMERO DO ENVELOPE: 3927385200

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000298/2019-45

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 22/03/2019 - 09:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

08/12/2018 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

ESTRADA QUE LIGA VALENÇA-PI À LOCALIDADE SERRA DO BATISTA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ FERREIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 27947717 SSP SP

Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAÚJO

Pai: EDMUNDO DE ARAÚJO COSTA

Endereço: RUA JEREMIAS PEREIRA, Nº 1244

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA NXR160 BROS ESD

2016 PIP6014

9C2KD0810GR464833

01091202580

Preta

Condutor: JOSÉ FERREIRA DA COSTA

End: RUA JEREMIAS PEREIRA Número: 1244 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 08/12/2018, POR VOLTA DAS 15:00 H, DESLOCAVA-SE DE VALENÇA-PI PARA A LOCALIDADE SERRA DO BATISTA, ZONA RURAL DESTA CIDADE NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE ALCIDES JOSÉ DE SOUSA, CPF 305.572.243-49; QUE, PRÓXIMO À FAZENDA DO SEU ALMIR, COLIDIU EM UM CACHORRO QUE, REPENTINAMENTE, ATRAVESSOU NA SUA FRENTE; QUE, POR CONSEQUÊNCIA DAQUELA COLISÃO, CAIU AO CHÃO E SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, NESTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS; QUE NO DIA 11/08/2018 FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR, ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE FRATURA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ FERREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000298/2019-45

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 395 437 653 91 Nome completo da vítima: José Ferreira da Costa

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

Nome completo: José Ferreira da Costa CPF: 395 437 653 91

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Juvenal Pereira Número: 1244 Complemento: _____

Bairro: Valentin Lavanderia Cidade: Valença do Piauí Estado: Pi CEP: 64300-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3887 013 CONTA: 9856 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

DESEMPENHADA
DE SEGUROS

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Valença Pi 24.05.19
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ 24 MAI 2019
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG VALENCA
DATA: 15/05/2019
TERMINAL: 38871004

HORA: 09:15:07
CONTROLE: 388710040000

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 388 013.00009856-0
NOME: JOSE FERREIRA DA COSTA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~1000,00~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 89 99984-8011

NÚMERO DO ENVELOPE: 3927385200

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 MAI 2019

DPVAT

JOSE FERREIRA DA COSTA

Nasc.: 05/08/1968 Idade: 50 ANOS, 4 MESES, 5 DIAS Profissão:
End.: RUA GEREMIAS PEREIRA, 1.244 - Bairro: VALENTIM
Cor: SEM Telefone: (89) 9915-1036 Mãe: ANGELINA FERREIRA DE ABREU ARAUJO Pai: EDMUNDO DE ARAUJO COSTA

Clinica: **CLINICA GERAL** Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

*QUEBRE MANTENDO NO OSIMO -
RISCA DE ALERGIA*

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

ALERGIA SEMPRE RECURSO

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 15:14:59

Prioridade:

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

Q *xa/História:* ALGIA, EDEMA E HEMATOMA *na orelha e*

Alergias: NEGA ALERGIA MED

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02.0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: PCT RELATA QUEDA DE MOTO HÁ 3 DIAS, NEGA HAS E DM

Condulta: ENC CLINICO GERAL

404991 - LALINE DA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável

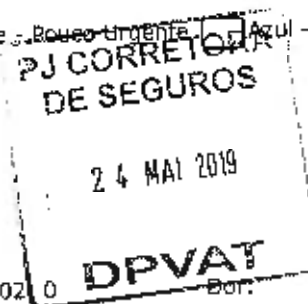
Dados da Alta

Hora: ____:____

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: _____

AMAM
JOSE FERREIRA DA COSTA
Paciente ou Responsável

7068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável



Laline Costa
CORRETORES DE SEGUROS
Enfermeira

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000009856-0

Nr. da Autenticação B3ACF7A872CCDD50