



NOME DO PACIENTE: Francina das Chagas Rodrigues
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 527239 de Sena

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 29/10/2019 12:54:12

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GE55002)

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

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA	Prontuário: 527239
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA	Pai: EGIDIO DA CRUZ ROCHA
End.Resid.: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000	
Nascimento: 19/12/1974	Idade: 44a10m10d
Sexo: Feminino	Fone: 89-99173-773
Responsável: O MESMO	CNS: 210017503160004
Profissão: LAVRADORA	Documento: Reg.Nasc: 0000
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749030	Entrada: 29/10/2019 12:37:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PE DIREITO. VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MÉDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma pe.d rx. fratura do 5º dedo da mão direita to c c	
Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares:
Prescrição Médica: sf. a. 1. 500ml. em 2 doses to c c	
Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade	

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fis N° _____

Pro. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Franisco das Chagas R. de Sá</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>527239</u>
DIAGNÓSTICO: <u>MT - GP. V MT (D)</u>	CIRURGIÃO: <u>Dr. J. M. C. F. R.</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. J. M. C. F. R.</u>	CPF N° _____
AUXILIAR: _____	CPF N° _____
ANESTESIA: <u>Dra. S. L.</u>	CPF N° _____
INSTRUMENTADORA: <u>Salomé</u>	CPF N° _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 18	UNID.	01		Prepou 200 ml	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Relia</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Relia</u>			
PROLENO							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

F. da Chagas R. Silva

Diagnóstico pré-operatório

Am - 60 V MTT

Operação - Tipo

Lut - 60 V MTT

Cirurgião

LAO 750

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/10/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① MA ② ASSEPTA ③ LAUTOS
④ UNILERS CESSMA ⑤ RESISTO
⑥ FIOK ⑦ FURT ⑧
WMTL

CRM-PI 2660 SBO 10306
ANATOMIA E ORTOPIEDIA
Sob a supervisão de



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: fc - La Chiqui Rf

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente com febre
prostatite*

*Carla de Fátima
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia
CRM-PI 2660 SGT 10305*

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

[Handwritten signature]

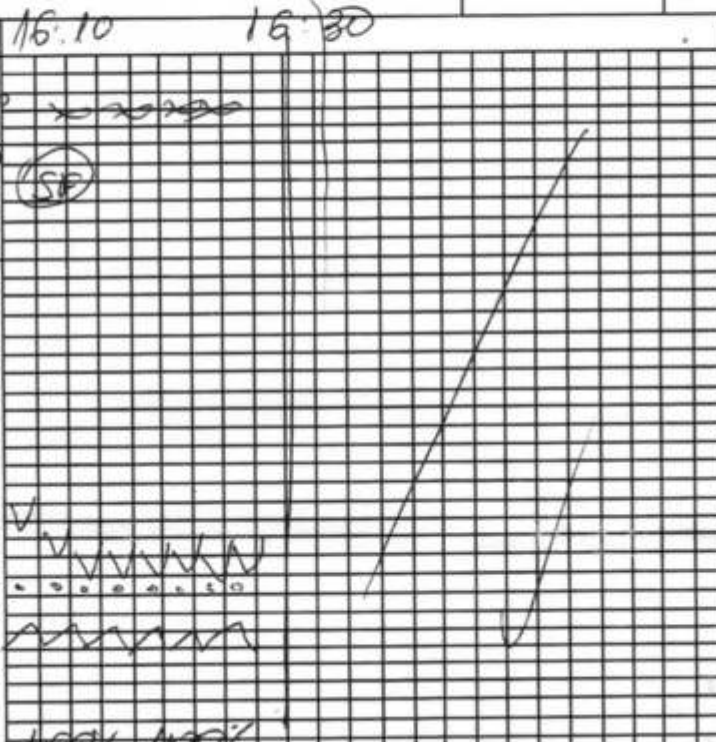
AUDITOR:

Teresina, ____/____/____

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Francisca das Cruzes R. de Jesus</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>29/10/19</i>	ARTERIAL <i>120x70</i>	PULSO <i>81</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Nega albumin</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>lupmeica</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>normal, AS.</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>normal</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>> 8h de jejum</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>lúcida, vígil</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>fratura V metatarso</i>				FÍSICOS <i>ASA I.</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
		<i>16:10</i>		<i>16:30</i>		TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 24 min 2 3					1 <i>Raqui</i>
LIQUIDOS	SO-UTO (500) SANGUE 300 OUTROS 100					2 <i>Dupinogelina</i>
TEMPERATURA T	C° 260					3 <i>Paracet 1200g+</i>
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200					4 <i>morfina 80 mcg</i>
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140					5 <i>midazolam 2mg</i>
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	120					6 <i>cefaleta na 2g</i>
RESPIRAÇÃO O	100	80	7 <i>Dipriva 2g</i>	SEQUÊNCIA		
SÍMBOLOS						1 <i>Check list</i>
TÉCNICAS <i>Sedação + Raqui anestesia</i>						2 <i>APA</i>
OPERAÇÕES						3 <i>monitorização</i>
CIRURGIÕES <i>Laurete</i>						4 <i>Raqui anestesia</i>
ANESTESISTAS <i>Djamile</i>						5 <i>DRPA</i>
Punção lombar - L4-L5, sentada, mediana, 26 G, punção única, injeção de 1ml de lidocaína						6
PARITICULARIDADES						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
						DURAÇÃO <i>20 min</i>
						INCIDENTE - ACIDENTE
						<i>Djamile Brasileiro</i> MÉDICA CRM - 5028
						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

256766

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**250604****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA**

6 - Prontuário: 527239

7-CNS: 210017503160004

8-Nascimento: 19/12/1974

9-Sexo: **Feminino**Mãe: **ANTONIA RODRIGUES DE SENA**

12-Fone: 89-99173-773

13-Resp: **(O MESMO)**14-Cór: **Sem Informação**15-Ender: **FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - CEP: 64315-000**16-Munic: **SANTA CRUZ DOS MILAGRES**

17-Cod.IBGE: 220915

18-UF: **PI**

19-CEP: 64315-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM PÉ D

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prim:

S923

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050462**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS**

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02**01**

CPF

746.635.933

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

34-Data Solicitação:

29/10/2019

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 749030

Consulta SUS:

Impressão: 29/10/2019 16:27:43

4. Maura da Silva Rodrigues

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347431 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na cabeça do 5º metatarso.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Terena Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAÚDE - HUT
Conferido Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m11d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749030
Requisição: 1018173 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1347432 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 29/10/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA** (Prontuário:
Endereço: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI CEP: 64315-000
Nascimento: 19/12/1974 Idade: 44a10m12d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250604
Requisição: 1018328 Solicitação: 29/10/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1347683 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 41

RELATÓRIO:

Cod. SIÁ: 0204060150

Data Exame: 29/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no 5º metatarso fixada com fio metálico.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.656.455 DATA DE EMISSÃO 06.02.1996

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

PLACAO Rêdlo da Cruz Rocha

Antonia Rodrigues de SENA

Alto Longá-PI. 19.12.1974

Nasc. 10.939 f16183 11v.23 A Exp. em

Alto Longá-PI. 22.11.95. Cart. 280110

CH

LEI Nº 7.116 DE 29.06.83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Francisca das Chagas Rodrigues de SENA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Nº de Inscrição

794219543-00

Data do Nascimento

19/12/74

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013404485857
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01159277963 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME

MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEICAO

CPF / CNPJ

04804345302

PLACA

PIZ-2466

PLACA ANT. / UF

CHASSI

9C2KD0810JR042672

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP / POT / CIL

02P/0162CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I
P
V
A

1º IPVA

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

000,00

DATA DE PAGAMENTO

24/06/2019

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

UNIAO

LOCAL

15/07/2019

SELO RESERVADO DO REG. LOSSO
DETAN - PI

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

PI Nº 013404485857 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

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

15/07/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

04804345302

PLACA

PIZ-2466

RENAVAM

01159277963

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2018

CAT. TRF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0810JR042672

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

004,58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

24/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS
RODRIGUES DE SENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080528 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM FRATURA DO 5º METATARSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: Francisca das Chagas Rodrigues De Sena			
Nacionalidade: Brasileira		Estado Civil: Casada	
Profissão: Recusou			
RG: 1.656.455	Org. emissor SSP/PI	D. Expedição 06/02/1996	CPF: 794.219.543-00
Endereço: Rua Projetada		56	Bairro: Bairro do Campo
Cidade: Santa Cruz dos Milagres		Estado: PI	CEP: 64315-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: José Ivan de Oliveira			
Nacionalidade: Brasileiro		Estado Civil: Casado	
Profissão: Recusou			
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12/1998	CPF: 411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade: Valença		Estado: PI	CEP: 64300-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Francisca das Chagas Rodrigues De Sena**

Local / data: Santa Cruz dos Milagres do Piauí – PI, 07 de Fevereiro de 2020

x Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



SEGUNDO CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS VALENÇA-PI
 Maria Cláudia Barbosa L. F. Chaves Escrivã
 CNPJ: 28.171.180/0001-70 - CNRG: 25202
 RUA JURUPYTES MARTINS, 346, CENTRO, CEP: 64200000, VALENÇA DO PIAUÍ-PI

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
 Escrivã Autorizada

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 17/02/2020. Selo: AAT26769-VI9P
 www.tjpi.jus.br/portalextra

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE
 Eml: 4,02 TJ: 0,80 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 5,18 - OP: 9
 REC FIRMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS
RODRIGUES DE SENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA : 794.219.543-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080528

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080528

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000005813-0

Conta: 000001720-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 794.219.543-00 4 - Nome completo da vítima: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena 6 - CPF: 794.219.543-00
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Projetada 9 - Número: 56 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo 12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64315-000
15 - E-mail: jioivan6.ii@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 5813 0 CONTA: 1720 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-PI, 17 de Fevereiro de 2020

+ Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

João Juan de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PAULO J F CHAVES/SCOPUS

PAULO J F CHAVES - M

ROD PI 120

VALENTIN VAL DO PIAUI PI

V19.1 17/02/2020 09:00

TERM 000001 LOJA 000009213500001

AUTE 325502

DATA:17/02/2020 HORA DE BRASILIA:09:00

DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA : 05813 - VALENCA DO PIAUI

CONTA : 0000000001720-5

NOME : FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO :

VALOR EM CHEQUE :

VALOR TOTAL :

AG. BRADESCO : 5813 - VALENCA DO PIAUI

CORRESP. BANC. : 116 - PAULO J F CHAVES

NSU : 004241670587 AUTENTICACAO : 725780

PAULO J F CHAVES ATUA COMO

CORRENDEPENDENTE BANCARIO DO BANCO

BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUVIDORIA BRADESCO

0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUI

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 14/01/2020 - 11:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

578552

Data/Hora

7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUI

29/10/2019 - 07:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUI

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

VICINAL QUE AS CIDADES DE AROAZES E SANTA CRUZ DOS MILAGRES/PI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE PAPAGAIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1109325 SSP/PI

Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DO NASCIMENTO

Pai: FRANCISCO ARAUJO NETO

Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1656455 PI

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA

Pai: EGÍDIO DA CRUZ ROCHA

Endereço: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES

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	NXR 160 BROS ESDD	2018	PIZ2466	9C2KD0810JR042672	01159277963	Vermelha
Condutor: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO						
End: FAZENDA ABROLHOS Número: Complemento: ZONA RURAL						
Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES UF: PI Bairro:						
Proprietário: MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEIÇÃO						
Cidade: UNIÃO UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIA QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS ACIMA, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM OUTRA MOTO NUM LOCAL DE CURVA, HOVE UMA COLISÃO COM ESTA; QUE NO IMPACTO, O NOTICIANTE E A GARUPA SUA ESPOSA FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA, FORAM LESIONADOS, TAIS QUE, O CONDUTOR TEVE TRAUMAS NO DEDO 3º DO PÉ DIREITO, E SUA ESPOSA NO DEDO 1º DO PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS MÉDICOS EM ANEXOS; QUE OS ATENDIMENTOS MÉDICOS FORAM REALIZADOS EM TERESINA, NO HOSPITAL HUT. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.



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

504 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122450.000004/2020-29

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL

João Wilson Ferreira Araújo
JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafina
Luccy Keiko Leal Parafina
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 794.219.543-00 4 - Nome completo da vítima: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena

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

5 - Nome completo: Francisca Das Chagas Rodrigues De Sena 6 - CPF: 794.219.543-00
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Projetada 9 - Número: 56 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bairro Do Campo 12 - Cidade: Santa Cruz Dos Milagres 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64315-000
15 - E-mail: jioivan6.ii@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 5813 0 CONTA: 1720 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Cruz dos Milagres Piauí-PI, 17 de Fevereiro de 2020

+ Francisca das Chagas Rodrigues de Sena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

João Juan de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA		Prontuário: 527239	
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA		Pai: EGIDIO DA CRUZ ROCHA	
End.Resid.: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - SANTA CRUZ DOS MILAGRES - PI - CEP: 64315-000			
Nascimento: 19/12/1974	Idade: 44a10m10d	Sexo: Feminino	Fone: 89-99173-773
Responsável: O MESMO		CNS: 210017503160004	
Profissão: LAVRADORA		Documento: Reg.Nasc: 0000	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749030	Entrada: 29/10/2019 12:37:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PE DIREITO. VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MÉDICO. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 29/10/2019 12:52:08

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma pe.d ex <i>frat. col. xis s. pos</i> <i>to c c</i>	
Diagnóstico Inicial: ?	Exames Complementares:
Prescrição Médica: <i>Sfe. 9 x 1.500ml. cr. 2 doses</i> <i>to c c</i>	
Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade	

Raul Ruben de Macedo Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3449
TEOT 12594

Raul Ruben de Macedo Neto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3449
TEOT 12594

RA X FEI IZADO
DATA 29/10/19 HORA
TÉCNICO: *SP*

Assinatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
crm 3467 Em: 29/10/2019 12:54:11

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 000000001720-5

Nr. Autenticação

BRDESCO040320200500000000002370581300000000172067500 PAGO



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ
IMÃO SIRINEU SOUSA LIMA Q.06 L.02 S/N - PARQUE INDUSTRIAL
PICOS - PI - CEP: 64.605-400
C.N.P.J.: 07.027.817/0001-00 - Fone: (89) 8817-8047

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS MORADORES DE SANTA CRUZ

CNPJ

06.862.852/0001-74

INSCRIÇÃO

CLS TAR

ECONOMIAS

NF/CONTA

EMISSÃO

MES/FAT.

0004968.0

PAR R-1 RES

COM IND

PUB OUT

190151583

13/01/20

JAN/2020

JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO

BAIRRO DO CAMPO, SN-56

SANTA CRUZ DOS MILAG

SANTA CRUZ DOS MILAG

ENDEREÇO DE ENTREGA

PIAUI

CEP: 64.315-000

LOCALIZAÇÃO

13.23.23.0000000851

LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES	FAT	CONS.	OCO DC	COD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
JAN/20	08	000 030	8	001	ÁGUA		3,45
DEZ/19	13	000 031	13	026	TAXA DE PERMANÊNCIA (SN')		5,75
NOV/19	39	000 030	39	029	OPERADOR		3,00
OUT/19	40	000 031	40	030	TAXA ADMINISTRATIVA		2,50
SET/19	31	000 031	31	033	ENERGIA		2,67
AGO/19	16	000 030	16				
MÉDIA: 00024							

HIDROMETRIA							
HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO DIAS/CONSUMO	OCO. LEITURISTA
A12F162142	**/**/**	00760	15/11/19	00768	15/12/19	00008	30-000
OBSERVAÇÕES				PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
				Portaria 2.814 de 12/12/2011 - Valores mínimos permitidos			
				Período:			
				Reservatório:	Cor	pH	Cloro
				Parâmetros	até 15LH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l
				Padrão			até 5,0 mg/l
				Obtidos			
				Cloro Análise			
MENSAGENS							

2ª Via da Conta Mensal

MULTA

2%

0,35

ENCARGOS DIÁRIOS

**

MESES EM DÉBITO

EXISTE(M)

001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,64

VENCIMENTO

15/01/2020

VALOR R\$

17,37

CONSUMIDOR

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ

NOME: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO

END: BAIRRO DO CAMPO, SN-56 - SANTA CRUZ DOS MILAG

LOCALIZAÇÃO:

13.23.23.0000000851

INSCRIÇÃO

MES FAT:

NF/CONTA

VENCIMENTO

VALOR

0004968.0

JAN/2020

190151583

15/01/2020

17,37

0004968.01.20.190151583

82690000000.9 17371338000.9 49680120190.6 15158300002.2

SISAR/PI

NÃO RASURE

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



Fatura Mensal

Matrícula 1735348-3		Hidrómetro A18N078052		Referência NOV/2019																																	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																					
AG= 67																																					
Situação 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 113 2 07 0573 0171-000																																	
Período de Consumo 14/10/2019		Período de Consumo 13/11/2019		Período de Consumo 30																																	
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Letras</th> <th>Consumo</th> <th>Quat.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>05/19</td><td>15</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>17</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>19</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/19</td><td>23</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/19</td><td>26</td><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/19</td><td>30</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>11/19</td><td>34</td><td>4</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Período	Letras	Consumo	Quat.	05/19	15	2	0	06/19	17	2	0	07/19	19	2	0	08/19	23	4	0	09/19	26	3	0	10/19	30	4	0	11/19	34	4	0	Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIO DA LIGACAO Cód. Responsável 916181/90		
Período	Letras	Consumo	Quat.																																		
05/19	15	2	0																																		
06/19	17	2	0																																		
07/19	19	2	0																																		
08/19	23	4	0																																		
09/19	26	3	0																																		
10/19	30	4	0																																		
11/19	34	4	0																																		
			Código da Tarifa 01																																		
Consumo Médio 2		Consumo Fio Água		Consumo Fio Esgoto																																	
Consumo 4		Consumo Faturado 10																																			
DESCRIÇÃO DA FATURA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA</td> <td></td> <td>31,37</td> </tr> <tr> <td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td> <td></td> <td>1,33</td> </tr> <tr> <td>JUROS DE MORA 001/001</td> <td></td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td> <td></td> <td>1,60</td> </tr> </tbody> </table>						Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	AGUA		31,37	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		1,33	JUROS DE MORA 001/001		1,00	MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60																	
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																			
AGUA		31,37																																			
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		1,33																																			
JUROS DE MORA 001/001		1,00																																			
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60																																			

VENCIMENTO 21/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 35,30

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2884/2013/MN

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	Acute	Acute
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,70	1,40	7,13	0,00	0,00		
Conclusão	PRESERVA A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

Mensagens
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

Inscrição 113 2 07 0573 0171-000		AG= 67
Matrícula 1735348-3		Referência NOV/2019

VENCIMENTO

21/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

35,30

5.7610000000-7 35300001821-1 73534831120-1 19000000001-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de 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 JOSE IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411 758 243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o N° 794.219.543 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o N° 794.219.543 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUZA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENCA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>lidivan6.li@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89) 994122906</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

Valença-PI, 17 de Fevereiro de 2020
Local e Data

Jose Ivan De Oliveira
Assinatura do Declarante