



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 COPIAS 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: SUS	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 VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE DOR EM PE DIREITO . VEIO DE SANTA CRUZ DOS MILAGRES SEM ENCAMINHAMENTO MEDICO. 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: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma pe.d

rx: fratura coluna s-1 psl-

fo c c

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

Raul Ruben de Melo Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10.449
TEOT 12394

RAPELIZADO
DATA 29/10/19 HORA _____
TÉCNICO: _____

Raul Ruben de Melo Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10.449
TEOT 12394

Prescrição Médica:

50,0 g. 1. sacl. m. aeroz
An c. c

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: _____ HORA: _____

Raul Ruben de Melo Neto
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10.449
TEOT 12394

Assinatura Paciente ou Responsável

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



Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/10/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Franisco das Chagas Pontes</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>527239</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Traumatizado VMTT D</i>	CIRURGIA:	<i>19.º Trauma</i>
ANESTESIA:	<i>Prague</i>	Nº DA SALA:	<i>05</i>
CIRURGIÃO:	<i>J.º Soárez</i>	CPF N°	<i>SBOT 10306</i>
AUXILIAR:		CPF N°	
ANESTESIA:	<i>Dionilis</i>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<i>Salomé</i>	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 4	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7 S	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	<i>Preparou 20m lfl</i>	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: <i>Releia</i>
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Releia</i>
PROLENO				



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Fernanda Chagas R. Júnior		
Diagnóstico pré-operatório	FUT - ep V MTO		
Operação - Tipo	LUE + Gastro col prok		
Cirurgião	H. S. G. 1º Assistente		
2º Assistente	T. F. P. 3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	29/01/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Q DNA Q Passos Q Cláusulas
Q Univas Cursos Q Presenças
e Faltas Q Formas Q P



SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: fc - sa - cligen ns

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente com lesão
neurogênica*

CRM-PI 2660
PRAGMATOLOGIA E ORTOPEDIA
SOT 10305

Teresina, ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

[Signature]

AUDITOR:

Teresina, ____ / ____ / ____

Assinatura do Médico Solicitante

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA	ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
29/10/19	120x70	81				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Menor alegria</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>normais</i>						
SISTEMA CRICULATÓRIO <i>normal, PS.</i>						
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>normal</i>						
SISTEMA DIGESTIVO	> 8h de jejum			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL	físico, vigil			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	<i>Fratura V metatarso</i>			FÍSICOS <i>ASA I</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 24 min 2 3	16:10	16:30	TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 OUTROS 100	(SP)		① Raqui Bupivacaina 120 mg + Morfina 80 mcg ② midazolam 2 mg ③ cefaletoxina 2 g ④ Diprivan 2 g ⑤ naftidron 4 mg ⑥ fentanyl 20 mcg ⑦ Ranitidine 200 mg		
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	38	SEQUÊNCIA		
P. ARTERIAL V O PULSO				1 Check list 2 APPA 3 monitorização 5 Raquianestesia 6 DRPA 8		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O	SO ₂ 10	100% / 100%		DURAÇÃO 20 min		
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	<i>Sedação + Raquianestesia</i>			INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				 Djamile Brasileiro MÉDICA CRM - 5028		
CIRURGIÕES	<i>Lavoté</i>					
ANESTESISTAS	<i>Djamile</i>					
Paciente homem - 1,65 m, sentado. medicante, punção 26 G punção venosa, injeção sem sifone						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
PARITICULARIDADES						



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 5828856	Código 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: 89-99173-7773	
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Sem Informação	
15-Ender: FAZENDA ABROLIOS - ZONA RURAL - CEP: 64315-000	17-Cod.IBGE: 220915	18-UF: PI
16-Munic: SANTA CRUZ DOS MILAGRES	19-CEP: 64315-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Passou em PFD

21 - Condições que justificam a internação:

Necessita de curativo

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.Aux.: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / DESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici:	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
	02 01 CPF 746.635.933-72	34-Data Solicitação: 29/10/2019
		35-Ass.Crimbo Med.Sol.(CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico	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-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Crimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Francisca das Chagas Rodrigues</i>	Usuário: (ANTONIO EURIVAN) Consulta Local: 749030 Consulta SUS: Impressão: 29/10/2019 16:27:43
---	--



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PREScrição MÉDICA

~~CIA DE TERESINA - RIO~~
Praia das Chagas



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: SUS

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confere com 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: 1347431 Convênio: SUS

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU-HUT
Confidencial Original



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: SUS

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMI-HUT
 Confere com Original



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
Requisição:	1018328	Solicitação: 29/10/2019	Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle:	1347683	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11
			ENFERMARIA 238 LEITO 41

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 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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU HUT
 Conferido (em Origina)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Françica das Chagas Rodrigues de Sá



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME

MARIA NUBIA ALMEIDA DA CONCEICAO

CPF / CNPJ
04804345302

PLACA
PI2-2466

PLACA ANTI-UF

CHASSI
9C2KD0810JR042672

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA

COMBUSTÍVEL
ÁLCOOL/GÁS

MARCA / MODELO
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.
2018

ANO MOD.
2018

CAP / POT / CIL
02P/0162CC

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
P	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1 ^a IPVA
V			2 ^a PAGO
A			3 ^a PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURADO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

A/FID. — ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

UNIAO	LOCAL	DATA
		15/07/2019

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE
SERVIÇO SOCIAL DO BRASIL - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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	CPF / CNPJ	PLACA
1	04804345302	PI2-2466

RENAVAM	MARCA / MODELO
01159277963	HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.	CATEG.	NO CHASSI
2018	09	9C2KD0810JR042672

PRÉMIO TARIFÁRIO

000,00(R\$)	000,00(R\$)	000,00(R\$)
-------------	-------------	-------------

000,00(R\$)	000,00(R\$)	000,58(R\$)
-------------	-------------	-------------

PAGAMENTO	COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE VITACAO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.806/0001-04

ANEXO 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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 **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RODRIGUES DE SENA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valorização 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 **Data do acidente:** 29/10/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
RODRIGUES DE SENA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2020

Valorização 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
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
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 Clara Ferreira Lopes - Tabelião Titular
CNPJ:29.121.486/0001-70 CNIS:879262
SIX FORTINHO MARTINS, 396, CENTRO, CEP:64300000, VALENÇA - PI - PIAUÍ - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENNA DOU FE. EM TESTE DA VERDADE.
VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 17/02/2020. Selo:AAT26769-V19P
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Ana Cláudia Melo L. P. Chaves Barbosa
Fone:4.02 TJ:0.80 FMNP/PI:0/10 Selo:0.26 Total:5.16 - OP:9
FEC FIRMA

Ana Cláudia Melo L. P. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065098/20

Vítima: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE

CPF: 794.219.543-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2019

Titular do CPF: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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: 4 - Nome completo da vítima:
794.219.543-00 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.ji@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 5813	CONTA: 1720
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (nai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 última ou beneficiária não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Jélio Ivan de Oliveira

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

CORRESPONTE. BANC. : 116 - PAULO J F CHAVES

NSU: 004241670587 AUTENTICACAO: 725780

PAULO J F CHAVES ATUA COMO

CORRENPPONDENTE 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 PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ	578552	Data/Hora 29/10/2019 - 07:30
Tipo Local VIA PÚBLICA		
Município VALENÇA DO PIAUÍ		Bairro OUTROS - ZONA RURAL
Endereço VICINAL QUE AS CIDADES DE AROAZES E SANTA CRUZ DOS MILAGRES/PI, Nº:		
Complemento LOCALIDADE PAPAGAIO		Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ WILSON FERREIRA ARAUJO RG: 1109325 SSPPI PI	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DO NASCIMENTO	
Pai: FRANCISCO ARAUJO NETO	
Endereco: FAZENDA ABRÓLIOS, Nº	
Complemento: ZONA RURAL	
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO	
Cidade: SANTA CRUZ DOS MILAGRES	
Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES DE SENA RG: 1656455 PI	Tipo Envolv.: VITIMA
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DE SENA	
Pai: EGÍDIO DA CRUZ ROCHA	
Endereco: 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: HONDA Modelo: NXR 160 BROS ESDD	Ano: 2018	Placa: PIZZ2466	Chassi: 9C2KD0810JR042672	Renavam: 01159277963	Cor: 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, HOUVE 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'

José Wilson Ferreira Araújo
JOH WILSON FERREIRA ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Paraíba
Luccy Keiko Leal Paraíba
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.ji@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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco Bradesco
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a) <input type="checkbox"/> Neta(neto) <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Navegante <input type="checkbox"/> Outro	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 elaborado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	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)

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:

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

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GESS002)

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>

trauma pe.d
xx fui exa sua s. ps-
to c- c

Raul Ruben de Melo Neto
Oncopedia Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 349
TEOT: 1204

RA. REFEREZADO
DATA 29/10/19 HORA _____
TÉCNICO: _____

Raul Ruben de Melo Neto
Oncopedia Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 349
TEOT: 1204

Prescrição Médica:

Sfo, q 1. saud. m. a área
Ano c. c

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA: _____ : _____

HORA: : _____

Raul Ruben de Melo Neto
Oncopedia Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 349
TEOT: 1204

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: 00000001720-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0403202005000000000237058130000000172067500 PAGO



SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL DO PIAUÍ
 IIMÃO 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

CNPJ

06.862.852/0001-74

ASSOCIAÇÃO	CLS	TAR	ECONOMAS	NF/CONTA	EMISSÃO	MES/FAT.
ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DOS MORADORES DE SANTA CRUZ	R-1	RES	COM	IND	PUB	OUT
INSCRIÇÃO	PAR					
0004968.0						
	1	0	0	0	0	0
					190151583	13/01/20
						JAN/2020

JOSÉ WILSON FERREIRA ARAÚJO
 BAIRRO DO CAMPO, SN-56
 SANTA CRUZ DOS MILAGRES
 SANTA CRUZ DOS MILAGRES
 PIAUÍ

CEP: 64.315-000
 LOCALIZAÇÃO
 13.23.23.00000000851
 LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS			SERVIÇOS E TARIFAS						
MÊS	FAT	CONSUMO	COD.	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR			
JAN/20	08	000 030	001	ÁGUA		3,45			
		■ 8	026	TAXA DE PERMANÊNCIA (SN)		5,75			
DEZ/19	13	000 031	025	OPERADOR		3,00			
		■ 13	030	TAXA ADMINISTRATIVA		2,50			
NOV/19	39	000 030	033	ENERGIA		1,67			
		■ 39							
OUT/19	40	000 031							
		■ 40							
DEZ/19	31	000 031							
		■ 31							
AGO/19	16	000 030							
		■ 16							
MÉDIA: 00024									

HIDRÔMETRO INSTALAÇÃO LEIT.ANT. DT.LEITURA LEIT. ATUAL DT.LEITURA CONSUMO DIAS/CONSUMO OCO. LEITURISTA
 A12F162442 ***/*/* 00760 15/11/19 00768 15/12/19 00008 30 000 000

OBSERVAÇÕES

PARAMETROS DA ÁGUA DISTRIBUIDA

Portaria 3.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Período:

Reservatório:	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Filtor	Co.B. Totais
	Padrão	até 15L/H	6,0 a 8,5	até 5,0 mg/l	até 5,0 T.U.	até 1,5 mg/l	Ausente
	Otários						
	Clube Análise						

MENSAGENS

2º Via da Conta Mensal

MULTA 24 0,35 ENCARGOS DIÁRIOS ** ***, ** 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 LOCALIZAÇÃO:
 END: BAIRRO DO CAMPO, SN-56 - SANTA CRUZ DOS MILAGRES 13.23.23.00000000851

INSCRIÇÃO MÊS/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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ 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 Nº 794.219.543 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES SENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 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	Rua ANTONINO DE SOUZA MARTINS	Número	187
Bairro	Vale Verde	Cidade	Valença
Email	<u>sidivan6.sil@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	(89) 994122206
		Telefone celular (DDD)	999260020

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

José Ivan De Oliveira

Assinatura do Declarante