



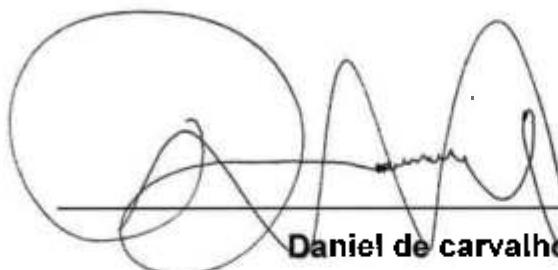
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO - PI



Termo de retificação

CERTIFICO, para os devidos fins e por ser a expressão da verdade, que o proprietário do veículo honda /biz 125 es, placa NIO-4506, ano 2010-2010 pertence a senhora MARIA DE OLIVEIRA SILVA conforme boletim de ocorrência nº 231803.000045/2019-71 referente a um acidente de transito. **O Referido é verdade e dou fé.**

Elesbão Veloso-PI, 12 de agosto de 2019.



Daniel de carvalho silva

Delegado de Policia Civil – Mat. 3112900

DPVAT

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 AGO 2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000053/2019-16

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 05/09/2019 - 16:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, N°:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

RG: 310927 SSP PI

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Endereço: POCOADO MARIADA VERMELHA, N° S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

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 BIZ 125 ES

2010 NIO4506

223110675

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGAÇÃO PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUINTE DINÂMICA: O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224, QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA GRANDE À CIDADE DE FRANCINÓPOLIS-PI, QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO QUE ATRAVESSAVA A PISTA E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL JUSTÍNIO PORTELA, NO MUNICÍPIO DE VALENÇA DO PIAUÍ, PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, NA CIDADE DE PICOS PI, ONDE FOI FEITO EXAME DE RAYO-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA, ERA O QUE TINHA DE DECLARAR.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat.
AGENTE DE POL

ALESSO MENDES DA SILVA Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 045.847.113-97 Aleno Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Aleno Mendes da Silva	045.847.113-97		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
barbeiro	Havado Mallada Vermelha	51	barbeiro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Francinópolis	PR	64.520.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 186) 9998-6008		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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"/> REUSSO 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

22 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1607	CONTA: 69708	1	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	DPVAT
(Informar o dígito se existir)	(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____	CPF: _____
----	--	---	-----------------------	------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

40 - Local e Data, <u>Francinópolis - PR - 30.07.2019</u>	39 - 2º Nome: _____	CPF: _____
---	-----------------------	------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

LEIA DA ECONÔMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0101
DIVISÓRIA 0800 725 7474

211-809165897-2
30/JUL/2019 HORÁ DE 13:09:34
DT: 16.012722 0 TIRM: 025222
DCALIDADE: ELESBÁO VELOSO
RG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 408828759

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
1607 013 00069788-1
ALESSO MÉNDES DA SILVA

VALOR : 000
1^a VIA

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
211-809165897-2



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENCIA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

NIREM (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0226155

Registro: 103010

Data: 12/12/2018

Hora: 21:38:00

Funcionário: EDIMAR

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

ALESSO MENDES SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

End.: PODOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA

030101004B CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere ter sofrido
acidente motociclistico, quebra obliter em ponto D
Exames Complementares: RX evidencias fractura fechada, comprimento
radio distal direito

Hora: _____

 Internação

Diagnóstico provável:



Prescrição Médica:

Solicito regularização ortopédica.

J CORRETO
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:40:31

Prioridade:

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

Rx/História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemla: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIOS X

Rosanna Rafena
Enfermeira
COREMEPI 295.175

Conduta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável**Dados da Alta** Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino: _____

Hora:

D. Francisco Dantas III
Medico
CRM-PI 5994
642-71-623-35
5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIR
Médico Responsável

ALESSO MENDES SILVA
Paciente ou Responsável

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALESSO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 00000069708-1

Nr. da Autenticação C2F21722668265E9



cepisa

PARA contatos
0250659, Informe
seu NOME/CH

0250659-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B+
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/DE/PI

Nº da Nota Fiscal: 023168305

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
Pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	115	110,58

IRISMAR MENDES DA SILVA
PV MALHADA VERMELHA S/N B-RURAL
CPF: 00005202092814
CEP: 64.520-000 - FRANCINOPOLIS

ROT: 32.691.12.83.057300

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Anterior:	9840	Anterior: 14/06/2019
Anterior:	9725	Anterior: 16/05/2019
Constante de Multiplicação:		Multiplo Leitura: 16/07/2019
Consumo Medido:	115	Entrevista: 13/06/2019
Consumo Faturado:	115	Apresentação: 14/06/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Impronta/Identificação:	Diário de Contabilidade: 29

Classe/Subclasse	Número	Hábito	Hábito Medidor	Ponto	Código Ref.	1446912
RESIDENCIAL	MONO		A1427113			

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Ano consumo	CONSUMO 115 A R\$ 0,863722 = 99,32
MAR/19 116	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP) 8,56
ABR/19 104	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 0,33
MAR/19 109	MULTA POR ATRASO 05/19-00 2,01
FEV/19 124	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,36
JAN/19 118	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,59
DEZ/18 113	
NOV/18 161	
OUT/18 145	
SET/18 158	
AGO/18 145	
TOTAL DA SEM TRIBUTO:	
■ A 115 - 0,863722	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 16 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode entrar pelos canais de atendimento da sua Unidade Consumidora 1, 6, 10, 14, 18 ou 25, entre em contato com a sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 6434.CE56.8C8D.B410.7521.BC86.59C2.8AFA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
20,00	55,32 77,47
Distribuição: 40,33	Base de Cálculo: 22,00%
Energia: 6,82	Aliquota ICMS: 21,85
Transmissão: 3,33	Valor do ICMS: 1,48% 1,09
Encargos: 27,96	Valor do PIS: 6,49% 5,02
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DNC	FIC	DNC	DNC	DNC	DNC	DNC
Mês:	7,37	14,93	29,06	5,68	7,35	14,78	4,24
Ano:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Período de Apresentação:	04/2019		04/2019		04/2019		04/2019
Conselho:							
Novo Oriente							
Comunicação:							

ROT: 32.691.12 # 457300

J CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

TIM S.A.
Rud. Usandino Logueiro, 1514
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0924-08 - IE: 134445855
CNPJ da Netrix: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 158,05

VENCIMENTO
25/05/2019

EMISSÃO: 07/05/2019

POSTAGEM: 17/05/2019

FATURA: 3806497148

CLIENTE: 1.674.237.73

CPF/CNPJ: 849.939.443.53

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 158,01
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 8,04

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desl. Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus
Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41
10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	159,99
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	49,98
Ilimitada	181m36s	2	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
Total de Mensalidades					R\$ 159,01

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular. TIM Central de Atendimento: 1056

IMPORTE TOTAL: R\$ 158,05
ICMS: 30% R\$ 12,76
PIS COFINS - Serviços Telefônicos: 3,65% R\$ 5,70
PIS COFINS - Serviços Não Telefônicos: 3,25% R\$ 2,99

Entendimento à LST 1227412012
As contribuições ao FUST (2%) e FUNTEL (0,9%) não são representativas ao consumo

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
Inclusive no(s) Planos(s)

Franchising	R\$ 245,09
SVA	R\$ 54,50
Descontos Franchising	R\$ -36,17
Descontos SVA	R\$ -13,85

06 AGO 2019

DPVAT



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o centro de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
MAI/2019

DATA DE EMISSÃO
07/05/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/05/2019

VALOR
R\$ 158,05

94640000001 - 0 58050102017 - 3 00380649714 - 5 80121536776 - 5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 32 59 | **SAC** (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | **Central Oftalmologia**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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 N° 8.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ B49.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Alonso Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.847.173 / 97,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alonso Mendes da Silva,
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.847.173 / 97, 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 Lider-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.

Enderço:	<u>Rua Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elbas Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladianasousa@gmail.com.br</u>			Tel.(DDD):	<u>(86)99981-6008</u>

Local e Data: Elbas Veloso, PI 31.07.2019

**J CORRETORA
DE SEGUROS**

Adriana Carla de Souza Silva
 Assinatura do Declarante

16 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022.52.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022.81.89 | SAC (para defensores auditivos e de fala): 0800 022.12.06 | Central Ouvidoria: 0800 021.91.35

Eu, Maria de Oliveira Silva,

RG nº 1.078.480, data de expedição / / ,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 301.144.633-87,

com domicílio na cidade de Francinópolis, no Estado de Piauí,

localidade Cabeça do Boi, nº 511,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alessio Mendes da Silva, cujo o condutor era

Alessio Mendes da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Biz ES Ano: 2016/2010

Placa: PI-0-4506 Chassi: 9GZJC4220AB352300

Data do Acidente: 12/12/2018

J CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

Local e Data: Francinópolis - Piauí - PI 30.07.2019 DPVAT

a Maria de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante



ALESSIO MENDES DA SILVA

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



VIRE

JUÍZIA DE FRANCINÓPOLIS - PI.
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira e firme a autenticidade do documento
irreno luciano rodrigues
Em test^o da verdade irreno Dou fé
Francinópolis(PI) 30 / 07 / 2019

irreno
Escrivão Judicial
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.
Ireno Luciano Rodrigues
Escrivente Designado
Matrícula: 4149823

Senha **90**

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520000
 Cidade: FRANCINOPOLIS/PI
 Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

ALESSO MENDES SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:
 End.: Povoado MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL
 Cor: PARDAS Telefone: () - Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demandas: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere ter sofrido
 acidente motociclístico, quando do cair em grande D
Exames Complementares: RX evidenciou fratura fechada, completa,
 radio distal direito

Diagnóstico provável:



Prescrição Médica:

Sabato regular, ortopédica.

Hora: _____
 Internação

**J CORRETOR
DE SEGUROS**

06 AGO 2019

DPVAT

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:40:31

Prioridade:

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

x / História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIO X

*Assessoria Profissional
Enfermeira
COREM-PI 295.175*

Conduta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferência

Destino: _____

Hora:

*Dr. Francisco Dantas III
Médico CRM-PI 5994
042-7132-2335*

Saíste membro da SAV4

ALESSO MENDES SILVA
 Paciente ou Responsável

5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRO
 Médico Responsável

UNIDADE MISTA DE SAÚDE PEDRO LOPES

Rua Abdow Portela, Nº 495 - Fone: 3472-1140
CNPJ: 06.553.564/0068-45 • Francinópolis-PI

Nome: Alessio Mendes Silva

Registro: _____ Leito: _____ Inf: _____

Data / Hora	Prescrição Médica	Horário	Relatório de Enfermagem
	#Acidente de motociclista Paciente 27 anos, BEG, consciente, orientado, Normotensão, glasgow 15, fraco. A apresenta múltiplas lesões abertas, edema em punho direito e pouca mobilidade na mesma. Paciente estável hemodinamicamente CD: Sutura + Aspirina e anticoagulante de lesão de joelho esquerdo + vacina Antitetânica. Solicito Rx de punho direito		
	Obs: Se fratura presente em punho direito solicite ao colega plantonista para regular paciente para hospital de referência para imitará uma Viagem até o município e não transferir o paciente. A ambulância do município de Francinópolis-PI irá agendar para possível transferência. Agradecemos atenção desde já.		
	 Dr. Alessio Mendes Silva CRM-PI 7385		

90.3%

91.7%



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 Praça Antenor Neiva,
 BOMBA, PÍCOS/PI - 64601-391
 CNPJ: 06.553.564/0102-81
 (89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0594820

Registro: 402796

Data: 13/12/2018

Horário: 00:22:00

Funcionário: FRAN

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

SUS

ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR
 End.: MALHADA VERMELHA, 0 Bairro: POVOADO
 Cor: PARDA Telefone: (89) 9994-28042 Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520-000
 Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI
 Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE FRANCINÓPOLIS - PI

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Alcoolizado, com sangramento na mão direita, dor.

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

1) Trauma e Perda sanguínea

Prescrição Médica:

*1) Rx de sangue drenar
 2) Rx analgésico
 3) Rx anti-inflamatório
 Rx antibiótico
 4) Fision da mão*

(1) 12/12/18 (2) 16/12/18 Dr. José Maria de Araújo Filho CRM-PI

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:29:46

Prioridade:

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

Quelixa/História: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMA EM PUNHO DIREITO(SIC)

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 respir

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO



170029 - VIANNIKA EVILDA COSTA LEAL
 Enfermeira Responsável

Hora:

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferência

Destino:

ALESSO MENDES DA SILVA
 Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO
 Médico Responsável

Atendimento	1056769
Data:	13/12/2018
Hora:	0:40

Nº AIH
ROSA

BOLETIM DE ADMISSÃO

402796 - ALESSO MENDES DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 08/03/1991 - Cor/Raca: 03-PARDA

27 ANOS, 9 MESES, 11 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/94 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2466 - GERALDO GONÇALVES NUNES

CPF: RG: 3109927 CNS: 160052479060004 SIS Prenatal:

Endereço: MALHADA VERMELHA, Nº 0 - CEP: 64520-000 Bairro: POVOADO

Cidade: 2204006- FRANCINOPOLIS/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9994-28042

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Responsável: SALETE MENDES DA SILVA - -

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

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

Transferido

História Clínica

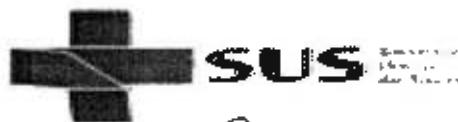
J CORRETO
DE SEGUROS
16 AGO 2018

DPVAT

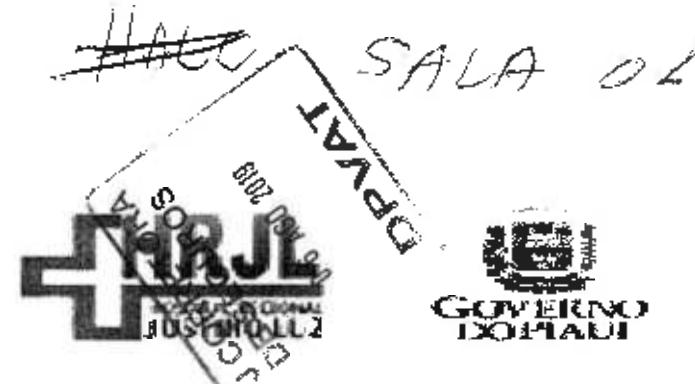
Diagnóstico Provável

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 08/12/2018
Funcionário: GERALDO GONÇALVES NUNES

GERALDO GONÇALVES NUNES



SOCIEDADE
ESTADUAL DA
SAÚDE PÚBLICA



SESAPI

NOME AUGUSTO PENNA HD: FRAUDE PAQUI 05/07/19	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 15/12/2018				
1. DIETA LIVRE				
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h				
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 5W				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H				
8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ				
9. SSVV+CCGG				



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: *Alessandro J. M. D. S.*
HD:

ALA	APTO	LEITO	R. MET.
-----	------	-------	---------

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

- PREScrição MÉDICA
DATA: *13-12-18*
1. DIETA ORAL
 2. JELCO SALINIZADO
 3. OMÉPRAZOL 40 MG VO ÁS 6H
 4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN
 5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS
 6. CAPTOPRIL 25 MG 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG
 7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS
 8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H
 9. SSVV+ CCGG

06

12 24

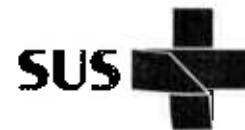
*Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COPIA ORIGINAL
Data: *13/12/18*
Assinatura: *[Signature]**

[Handwritten signature]

Alters- und soziale Schicht



FEPISERH
Fundação Estatal Pluvier
de Sá e Silva Homem de Mello



Sistema
Único de
Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

(Aviso: pendente da liberação)



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: Nome: Henrique da Silva
HD: 11 Fret. Jardim Vida (D)

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA:	18/12/18
1. DIETA ORAL	SND
2. JELCO SALINIZADO	06
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÁS 6H	SN
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN	06
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	
6. CAPTOOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	SN
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS	SN
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H	24
9. SSVV-CCGG	

ALA	APTO	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	

Hospital Regional Justino Leme
CONFIRME CONCORRENTE
Data: 06/08/2018
Funcionário: [Signature]



FEPI SERH
Fundação Estadual Paulista
de Pesquisa e ensino



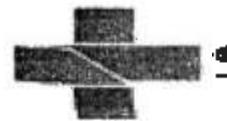
Sistema
Único de
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO DÍAZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PB

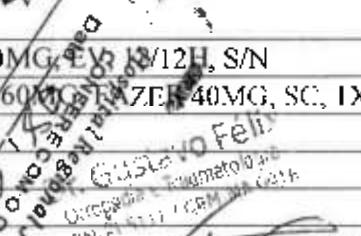


- 1 -



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SUSPENSAO PES



NOME: HD:	ALA C	APTO	LETO	R. MET.					
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES						
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA: 16/12/2018									
1. DIETA ORAL LIVRE									
2. JELCO SALINIZADO									
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG									
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h									
5. ONDANSETRONA 8MG - AD EV 8/8, S/N									
6. TRAMADOL 00 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N									
7. CGGG+SS									
8. TILATIL 40 MG EV 1/12H, S/N									
9. CLEXANE 60 MG FAZER 40MG, SC, IX/DIA (suspenso)									
									

Alma Meader S.C.

NOME:

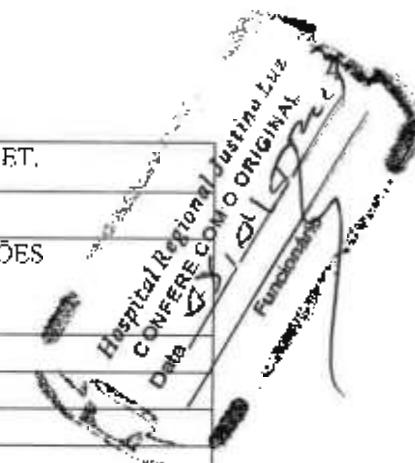
HD: *Festina lente* *for 2-3*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 6/12/18

1. DIETA LIVRE
 2. JELCO SALINIZADO
 3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS S/N
 4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS
 - 5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG L/OU PAD MAIOR 110 MMHG
 - 6-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N
 - 7-TILATIL 40MG +AD EV DE 12/12H S/N
 - 8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N
 - 9- SSVV+CCGG

ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<i>SN</i>			





GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRASFERENCIA

DATA 04/01/2019 HORA _____ N° DO TELEFONE _____

HOSPITAL SOLICITANTE VMSPT CRM: 7385

MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO Túlio Monteiro

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetricia Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Alex Mendes da Silveira Sexo: Masculino () Feminino

Idade: 37 anos

HDA: Acidente vítima de queda de motoqueiro, caiu de
ônibus em bueiro direito. Tinha cinto de segurança de
ônibus direito.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedeça a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 28,1 EC P: 80 bpm R: 16 mm PA: 120/90 mmhg Sat o2 99%

-Glicemia: — mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio Hidratação Venenosa
- () Aspiração Medicação
- () Curativo Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Túlio Monteiro - Floriano Piauí
Hospital: Túlio Monteiro - Floriano Piauí Senha: 20190103087047
Clínico/ Posto: Speito de Ortopedia

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANÓPOLIS/SC - CEP: 84800-000
CNPJ: 06.553.554/0102-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1321

Plano de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0606194 Registro: 185676
Data: 05/01/2019 Horas: 08:00:00
Funcionário: DORTLENE Tipos: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: FRANCINOPOLIS/PI
Cor: Parda Telefone: (89) 9990-57454 Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA Pai: ANTONIO TOLINTINO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - O MESMO

Temperatura:

Pressão:

P.A.:

Procedimentos

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Reptiliano I
Peritolo furto

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Hospital Regional Tibério Nunes
Exame: ANEXO MOTO
Data: 05/01/19 9:20 AM
Ass.: Dr. Paulo Vitorino

P.A.: Técnico

Passado com 20 dias. An
Profess. Rodovia da fil of
decice, opes adesiv
medfici defer

B / faducca (é des de)
c/ decim vele

Dr. Conegundos P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2572 TEF: 7348

Antonio Tolintino da Silva

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANÓ/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0606194

Registro: 185676

Data: 05/01/2019

Hora: 08:00:00

Funcionário: DORILENE

Tipo: CONSULTA

Senha 27

Sexo: MASCULINO

SUS

ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: 4 RG: 3.109.927 ssppi - SUS: 160052479060004

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64520-000

End.: MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

IBGE: 2204006 Cor: PARD

Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - O MESMO

Procedimentos

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

FRATURA EM MSD HÁ 20 DIAS

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

ORTOPEDIA

05/01/2019
Maria Francisca
05/01/2019

Ruth Maria Frances M. da Silva
Enfermeira
DREN-MA / PI - JS 445-554

(bif)

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE.
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALESSO MENDES DA SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160052479060004

10 - NOME DA MÃE
IRISMAR MENDES DA SILVA

12 - ENDERECO
MALHADA VERMELHA, 2 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FRANCINÓPOLIS

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICOS (SL AL)

Pelos Ródos d'js

21 - CID PRINCIPAL

55205

22 - CID SECUNDÁRIO

109.4

23 - CAUSAS ASSOC.

Dr. Gonçalves P. Filho

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Recepção e exame

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408920407

26 - N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS : x) CPF : 23368413387

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS : x) CPF : 078.977.823-87

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Gonçalves Pereira da Silva Filho

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/01/2019

32 - ASS. E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Gonçalves P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 2512 TEDF 7348*

33 - N.º DO DOCUMENTO

M22039091

34 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

35 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

36 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

37 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

38 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

39 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

40 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

41 - CBOR

078.977.823-87

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO : () EMPREGADOR : () AUTÔNOMO : () DESEMPREGADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

45 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

46 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

47 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

48 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

49 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

50 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

51 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

52 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

53 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

54 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

55 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

56 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

57 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

58 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

59 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

60 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

61 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

62 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

63 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

64 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

65 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

66 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

67 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

68 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

69 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

70 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

71 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

72 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

73 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

74 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

75 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

76 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

77 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

78 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

79 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

80 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

81 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

82 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

83 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

84 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

85 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

86 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

87 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

88 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

89 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

90 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

91 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

92 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

93 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

94 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

95 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

96 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

97 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

98 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

99 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

100 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

101 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

102 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

103 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

104 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

105 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

106 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

107 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

108 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

109 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

110 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

111 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

112 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

113 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

114 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

115 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

116 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

117 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

118 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

119 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

120 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

121 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

122 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

123 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

124 - N.º DO DOCUMENTO

078.977.823-87

125 - N.º DO DOCUMENTO</



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Alessio Nunes da Silva Reg. Same: _____
Cirurgia: Osteosíntese de rádio D Sala: 03
Cirurgião: D. Alexandre Auxiliar: D. Francisco Jr.
Instrumentador: J. Inácio Circulante: Fábio
Data: 20/01/19 Início: 09:40 Término: 10:40 Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT	P.UNIT	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA			10ml	
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTASSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLIRIO				
11	CEFALOTINA 1g	cefaotina 1		02amp	
12	CLORAFENICOL			01amp	
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	flaxedil		01amp	
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA	garamicina		01amp	
22	GLUCONATO CALCIO				
23	HALATOME ML				
24	HNOVAC	hновак		02amp	
25	KETALAR	ketalar		01amp	
26	METROMIDAZOL INJETAVEL				
27	MANITOL 20%	manitol		01amp	
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLOGICA				
34	QUELCIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
	lidocaina com epinefrina 2% 10ml		0102		
	lignivacaina 0,5%		0402		



RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Almeida Mendes da Silveira</u>	D.N.	<u>08031991</u>
Data:	<u>20/01/19</u>	Admissão às	<u>10:45</u> Prontuário
Alergia	<u>Nenhum</u>	Procedimento realizado	<u>Osteorintese de rótulo</u>

DADOS REFERENTES A ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; () Raqui; () Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo: _____

ANESTESIOLOGISTA: Dra. Yane Rodrigues CIRURGÃO: Dra. Alcione

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:45)

Horas	15' 10:45	15' 10:00	15' 11:15	15' 11:30	30'	30'	30'	30'
P.A.	132x30	141x65	139x71	136x59				
Pulso	51 bpm	50 bpm	52 bpm	51 bpm				
FC								
SpO ²	98%	98%	98%	99%				
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2	2	2			Am 10:45 h paciente ad- mantido na Sefá em DOI de extubação de Nélio D. Nega aler- gia medicamentosa conhecente orientado
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2			de Nélio D. Nega aler- gia medicamentosa conhecente orientado
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apneia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2			de Nélio D. Ssub 14.132x30 mm Hg. P. 54 bpm SPO ₂ 98%
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lícido, orientado no tempo e espaço	2	2	2			20/20
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2			20/20 Matus eletric
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL		10	10				

ALTA às _____:

Ass. Médico: _____

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: Alessio Mendes da Silva

Registro:

Enf.: Leito:

Apto.:

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematínia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Risco

Ataráxicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio											TOTAL DE DOSES
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
LÍQUIDO	Sólido 500 400 Sangue 300 200 Outros 100	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Temperatura T°	260 240	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
P. Arterial V A	220											
Pulso	38	180										
Início e Fim Anestesia X	36	160										
Início e Fim Operação C	34	150										
Respiração O	32	140										
	30	120										
	28	100										
	26	80										
	24	60										
	22	40										
	20	20										
	18	10										

SÍMBOLO	DURAÇÃO
---------	---------

Técnica: Blinco + Alvo Biomed	Incidentes - Acidentes
Operação: Urticárias de Rádio	
Cirurgião: Dr. Alexandre	

Anestesistas:	Corticoides pós-oper. Imediata
Dr. Júlio Bezerra Sousa	
MÉDICO CRM-PI-6248	

Particularidades: CRM-PI-6248	
-------------------------------	--

Nome: Alessio Mendes da Silva

Procedimento: Osteosíntese de rádio

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Fábio

Anestesista: Dr. Rodrigo

Instrumentador: Lindson

Enfermeiro: Lindson

Circulante: Fábia + Joana

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRURGICA	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRURGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmar nome do procedimento realizado: Osteosíntese de rádio
Demarcação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de compressas antes da primeira sutura: 5 unid.
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesista: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PA 155x83 mmHg SpO2: 99% P: 90 bpm	PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS: Qual o tempo previsto para cirurgia? 1h	Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
Materials de vias aéreas disponíveis e funcionantes? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não PA: 124x67 mmHg SpO2: 99% P: 52 bpm
Risco de perda sanguínea > 500ml <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Número de compressas antes do procedimento: 10 unid.	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:
Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PA: 148x79 mmHg SpO2: 100% P: 80 bpm	Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa MÉDICO CRM-PI 6248
ENFERMEIRO	Lúcia Lezão TÉC. EM ENFERMAGEM	ANESTESISTA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME	ALENO MENDOZA DE LIMA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
					104
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA 20 / 01 / 18					
01.	DIETA LIVRE ZERO			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
02.	JELCO HIDROLISADO (20,9% - 1000 ml em 24h)	(1000 ml)	(00:00)		
03.	RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	100ml	Demarca		
04.	CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	100ml	Demarca		
05.	DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	100ml	Demarca		
06.	TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	100ml	Demarca		
07.	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	100ml	Demarca		
08.	CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (Dymono)	100ml	Demarca		
09.	P LASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	100ml	Demarca		
10.	CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg	100ml	Demarca		
11.	CURATIVO	100ml	Demarca		
12.	SSVV + CCGG	100ml	Demarca		
<i>Dr. Francisco Júnior - CRM-PI 14180 Unidade de Enfermagem Data: 20/01/2018 / 10:00h</i>					
<i>Dr. Francisco Júnior - CRM-PI 14180 Unidade de Enfermagem Data: 20/01/2018 / 10:00h</i>					
<i>Dr. Francisco Júnior - CRM-PI 14180 Unidade de Enfermagem Data: 20/01/2018 / 10:00h</i>					

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 20/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

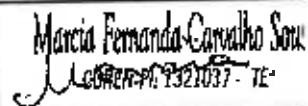
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

20/01/2019

12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/80 TAX: 35° F.C.:60 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARCIA	 Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE-
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/80 TAX: 36° F.C.:59 F.R.: 19 Glicemia: 88	MARCIA	 Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE-

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data Impresso: 20/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

20/01/2019

22:16:23 SEGUO EM POI FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Enfermeiro(a)

Assinatura

EDINALVA

Edinalva Magalhães Virginio
Enfermeira
COREN-PI 312.515

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 20/01/2019

/069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

20/01/2019

01:11:31	CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM PRESCRICAO DO DIA, AGUARDANDO CIRURGIA. - PA:130/70 TAX: 36º F.C.:48 F.R.: 0 Glicemla: 0	VALDINA	Valdina Cunha COREN-PI 547266-TE
----------	--	---------	-------------------------------------

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

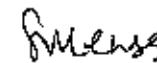
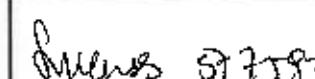
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

19/01/2019

	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
17:59:33	SEGUE ESTÁVE, NÃO FEZ QUEIXAS DURANTE O PLANTÃO. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: TAX: 0º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	SEMIR	
12:00:00	SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS, HIGIENIZADO, SUSPENSO CIRURGIA. - PA:140/80 TAX: 36º F.C.:53 F.R.: 20 Glicemia: 96	SEMIR	

))
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
)

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da Internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

19/01/2019

21:07:33	SEGUE COM FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.	EDINALVA	Edinalva Noronha Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
----------	---	----------	--



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

18/01/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

20:45:24	15º DIH/FRATURA DE PUNHO DIREITO; EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPITIVO AO DIALOGO, RESPIRA AR AMBIENTE, AFEBRIL, DEAMBULANDO, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, MICÇÕES E EVACUAÇÕES PRESENTES. RIENTADO QUANTO JEJUM A PARTIR DAS 22 HORAS PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ.	HILDELISA	
----------	---	-----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

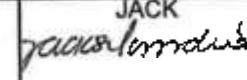
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

23:02:59	PACIENTE SEGUO EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENADO, NORMOTERMICO, NORMOTENSO, EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRUGICO. - PA:120/70 TAX: 36° F.C.:63 F.R.: 18 Glicemia: 0	JACK 	Jack Silviano - Período de Internação: Análise Data: 18/01/2019
----------	--	---	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 06/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA
Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

18/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

16:09:30	- PA: TAX: 0º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARIA	
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA OFERTADA, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/70 TAX: 36º F.C.:49 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARIA	<i>Marcia Fernanda Cantillo Sousa</i> COREN-PI: 1321037 - TE

M. 18:00 hs. Verificado P1=150x90mmHg, Dc=64 bpm, Tax=35.8% *Marcia Fernanda Cantillo Sousa*
COREN-PI: 1321037 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

01:17:11 CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. - PA:130/60 TAX: 36º F.C.:54 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALDINA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI

NOME <i>Alvaro Reis ees</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>12/01/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
	01. DIETA LIVRE				
	02. JELCO HIDROLISADO				
	03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18/01/19</u>	<u>08</u>		
	04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
	05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
	06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
	07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
	08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
	09. PEASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
	10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
	11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG					
<i>Dr. Conegundas P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2872 TEOF: 7348</i>					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

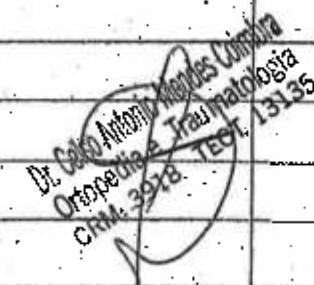
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME PREScrição MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(12) NCE	(06)		
04. SEPALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(6) neess			As 6hs 07/01/19 paciente agressivo enigia ONTOFETICO
05. DIPRIVON 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(6) neess			
06. NALATH 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(12) neess			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SE 1X/DIA	(6) neess			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG	A			

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PI**

NOME ALESSO LIEUEN	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA 09/01/11	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
	<i>Almoço</i>		<i>almoço</i>		
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>(despeço)</i>				
05. DIFERONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>(despeço)</i>				
06. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>(despeço)</i>				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	<i>(despeço)</i>				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

NOME	Alencio Alencar do Belo	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA	08/01/18	# Rx do paciente	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE			HORÁRIO MEDICAÇÃO		
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINANG - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
 Dr. Celso Antônio Mendes Cunha Ortopedia e Traumatologia CRM: 3928 - TEC: 13155					

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PRESCRIÇÃO MÉDICA

façam instar.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <i>Alessa Meneses</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA <i>01/07/18</i>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
	01. DIETA LIVRE		ps 34:00 paciente	
02. JELCO HIDROLISADO	18:00	sentado	ortopédico com	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18:00	sentado	demoração com	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12:00	sentado	franqueio no antebraço	
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12:00	sentado	sem dor ou edema	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12:00	sentado	momento está no	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	12:00	sentado	repouso no ps e pa	
08. GLEVATE 10MG - 01 AMP SG 1X/DIA			rápido e agradável	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			(A) tec. clínica	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<i>Dr. Conaguri Ortopedia Traumatologia CRM: 2572</i>				

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

Prof. Radia ~~for~~

NAME Alexander Allen

1

TENE QUART

LEITG

ORTOPÉDIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA 05/09/19

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

01 DIETALIVRE

HORÁRIO MEDICAÇÃO

• 02. JELCO HIDROLISADO

OBSERVAÇÕES

03. BANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

~~18~~ 06/19 1

04-CEFAI OTINA 1G - 01 AMP IV DI 6/6 HORAS

~~1987-1988~~

05-DIBUJONA 1G - 01 AMP IV DE 6/8 HORAS

~~1882-96~~

06-111A701-20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HOBAS

11-24/11

07 TRAMADOL 100MG + 100ML SE 0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

GT-1000-EVANEZ-001-AMP SC-1X/DIA

—
—
—

- 03 - BLASIL - 03 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

www.ncbi.nlm.nih.gov | www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez | www.ncbi.nlm.nih.gov/geo

10. CARTOBRI 25 mm SI se PA \geq 100x110 mmhg

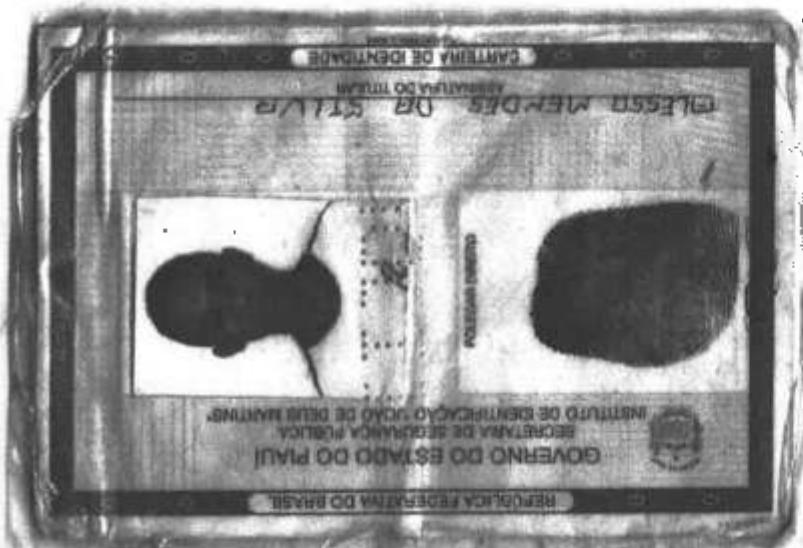
Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 29, No. 4, December 2004
DOI 10.1215/03616878-29-4 © 2004 by The University of Chicago

11 CIRCATIVO

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

12 ESWV + CCCG

Dr. Conegunces P. Filho
Ortopedia Traumatologia
CAM: 2572 TEOT: 7348



DESEJAMOS
CORRETOS
DE SEGUROS
6 ANOS ATÉ
D.P.V.A.T.



CÓDIGO DE CONTROLE
74D5.CD7D.A309.D8C4

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

16:37:40 do dia 23/05/2012. Pode e deve ser
digitado verificador: 08



J CORRETORA I
DE SEGUROS
06 AGO 2019
DPVAT

Sinistro

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Da, Alessandro Mendes da Silveira
RG 3.109.923 CPF 043.843.173-97

Residente a Rua Dom Luiz de Melo numero 116 Cidade de
Francinópolis - Piauí Estado: Zona Rural
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 39948-1744 (86) 39981-6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicitei uma perícia médica DPVAT para
meu veículo. Ficou que eu recebi
R\$ 843,00, sem menos os custos a uma
perícia médica. Seguem em anexo os
mais documentos.

Local: Francinópolis - Piauí Uf/Pi DATA 07/10/2019

X ALESSANDRO MENDES DA SILVEIRA

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465427 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 LEVE DO PUNHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

ALESSO MENDES DA
SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

ALESSO MENDES DA SILVA : 045.847.173-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

ALESSO MENDES DA
SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

Titular do CPF: ALESSO MENDES DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 08/10/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 12/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427 **Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

Data do Acidente: 12/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ALESSO MENDES DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **0000069708-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427 **Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

Data do Acidente: 12/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 045.847.113-97 Aleno Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Aleno Mendes da Silva	045.847.113-97		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
barbeiro	Av. Presidente Tancredo Neves	51	barbeiro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Francinópolis	PI	64.520.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 186) 9998-6608		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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"/> REUSSO 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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	06 AGO 2019

AGÊNCIA: 1607	CONTA: 69708	1	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	DPVAT
(Informar o dígito se existir)	(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
----	--	---	-----------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
--	-----------------------	------------	--------------------------

39 - 2º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
-----------------------	------------	--------------------------

40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha
--------------------------	--------------------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LEIA DA ECONÔMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0101
DIVISÓRIA 0800 725 7474

211-809165897-2
30/JUL/2019 HORÁ DE 13:09:34
DT: 16.012722 0 TIRM: 025222
DCALIDADE: ELESBÁO VELOSO
RG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 408828759

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
1607 013 00069788-1
ALESSO MÉNDES DA SILVA

VALOR : 000
1^a VIA

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
211-809165897-2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000045/2019-71

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 30/07/2019 - 12:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

Tipo Local

OUTROS

Município

FLANCINÓPOLIS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI-224, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

J CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

DPVAT

Endereço: Povoado Malhada Vermelha, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

Mandado: 00000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIO-450 9C2JC422AR352300

Renavam:

223410675

Cor:

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUENTE DINÂMICA. O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224 QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA A CIDADE DE FRANCINÓPOLIS, FOI QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATÉ O HOSPITAL DE VALENÇA, ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL DE PICOS, ONDE FOI FEITO RAI-O-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA. ERA QUE TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

ALESSO MENDES DA SILVA
ALESSO MENDES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia