

USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 73

DATA: 03/02/2019 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 18:24:09
COD.: 3238 Paciente: MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS Naso.: 19/04/1957
Raça: 003 Idade: 61 Anos, 9 Meses e 14 Dias.
Nome do Pai: CICERO RODRIGUES DE MIRANDA
Nome da Mãe: ISABEL PEREIRA DE SOUSA
Sexo: M Telefone: (86)98217-395 Cep: 64460000
Endereço: AV JOÃO FERREIRA 101 Bairro: BULUNGÃO Numero: 101
Município: AGUA BRANCA UF: PI IBGE Mun.: 2200202
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: REGENERAÇÃO UF: PI
CNS:
RG Nº: 259.235 Órgão Emissor: SSP-PI Data Emissão: 11/07/2013
CPF

DADOS DO ATENDIMENTO

Cod. 5 Data: 03/02/2019 18:24:09 Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros
Motivo de Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO: Paciente com relato de acidente motor ciclista com queda
da dor em ombro (D)

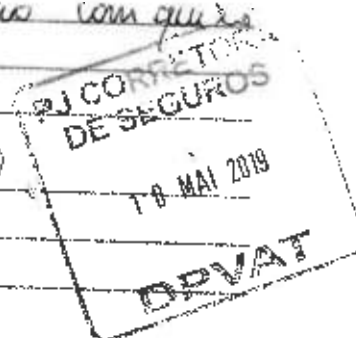
EXAMES FÍSICOS: Lesão insinua em 5° processo do pe (E)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de clavícula

TRATAMENTO SOLICITADO:

- 1) Repõe clavícula ombro (D)
- 2) Ultrassom 2º e 3º - 1º e 2º
- 3) Sutura



Dr. Deric Talison Rodrigues
CRM: 7089

DR. DERIC TALISON RODRIGUES
CRM.: 7089 CNS: 0000000000000000

Leonice das A. Vieira
Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000017049-2

Nr. da Autenticação 60BCB4D058D6B0A0

17/12/2018 30,75

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA.
CONFORME LEI FEDERAL Nº 445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Indicador	Cor	Classe	PA	Ponto	Coeficiente	Escheteriologia Cont
Valor Mínimo Permissão	5,0	15	5,0	60-64	63	Acumulo	Acumulo
Atividade de Amostragem Externa	10	10	10				29
Nº Amostras Realizadas	12	12	12			29	29
Nº Amostras que Atende Legislação	12	12	12			12	12
Valor Médio	0.93	1.00	1.44	7.52	0.04	0.00	0.00

FELICIDADE N. 15/2006 DA AL. 14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-9

AGESPISA NAO VAI MAIS MANIER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETOADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 MAI 2019

DPVAT

TIM S.A.
Rua Almeida Nogueira, 2314
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0001-08 - IE: 1944-56895
CPF do Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 152,38

VENCIMENTO
25/03/2019

EMIÇÃO: 07/03/2019
POSTAGEM: 18/03/2019
FATURA: 3721608730

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

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84999443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezada cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 27/03/2019, sem cobrança de juros e multa. Este é o último mês do benefício Desconto TIM Pós C Plus 12m e o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE FEVEREIRO/MAR

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 11,42
CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 8,97

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)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	28	07/02 a 06/03	199,99
-	-	11/11	28	07/02 a 06/03	-60,00
10GB	-	1	28	07/02 a 06/03	139,99
Ilimitado	115m54s	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído
-	-	1	28	07/02 a 06/03	Incluído

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-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO PIS/PASEP	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PIS/PASEP	VALOR
PIS	0,65%	R\$ 114,21	R\$ 0,74	PIS/PASEP	R\$ 0,74
PIS	0,65%	R\$ 114,21	R\$ 0,74	PIS/PASEP	R\$ 0,74

Entendendo o valor do PIS/PASEP: O PIS/PASEP não será repassado ao cliente.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado

Incluído no Plano	Valor
Transmissão	R\$ 145,00
SVA	R\$ 24,00
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -44,65
Desconto(s) SVA	R\$ -16,35

TIM

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

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
MAR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/03/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/03/2019

VALOR
R\$ 152,38

VIA BANCO

84530000001 - 1 52380109011 - 0 00372160873 - 5 00121536776 - 2

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)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Manoel Raimundo dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.459.923 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura incursão de

da vítima Manoel Raimundo dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 132.459.923 / 68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua de Setembro</u>	Número: <u>579</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Eletrópolis Veloso</u>	Estado: <u>RJ</u>
E-mail: <u>caladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64325-000</u>	Tel./DDD: <u>(86) 99981-5008</u>

Local e Data: Eletrópolis Veloso - RJ 09/05/2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



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 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, ANTONIO GOMES DA SILVA

RG nº 1.315.601, data de expedição 07/10/13,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 536.800.303-04

com domicílio na cidade de Água Branca PI, no Estado de Pi

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Rui do Espírito Santo nº 512

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

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

MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS, cujo o condutor era

MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/POP. 1101 Ano: 2017/2017

Placa: PI-T-9016 Chassi: 9C2JB0100HR282333

Data do Acidente: 03/02/19

Local e Data: ÁGUA BRANCA PI 07-03-19

Antonio Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Manoel Paixão dos Santos

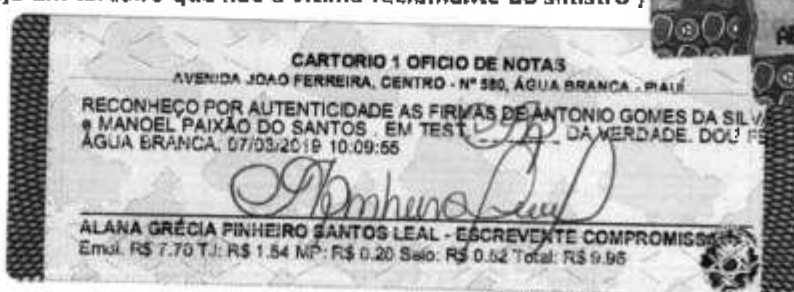
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinatura do Condutor

SECRETARIA
DE SEGUROS

10 MAI 2019

DPVAT



USUÁRIO:
VANESSA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 73

DATA: 03/02/2019 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE HORA: 18:24:09
COD.: 3238 Paciente: MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS Nasc.: 19/04/1957
Raça: 003 Idade: 61 Anos, 9 Meses e 14 Dias.
Nome do Pai: CICERO RODRIGUES DE MIRANDA
Nome da Mãe: ISABEL PEREIRA DE SOUSA
Sexo: M Telefone: (86)98217-395 Cep: 64460000
Endereço: AV JOÃO FERREIRA 101 Bairro: BULUNGÃO Numero: 101
Município: AGUA BRANCA UF: PI IBGE Mun.: 2200202
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: REGENERAÇÃO UF: PI
CNS:
RG Nº: 259.235 Órgão Emissor: SSP-PI Data Emissão: 11/07/2013
CPF

DADOS DO ATENDIMENTO

Cod. 5 Data: 03/02/2019 18:24:09 Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros
Motivo de Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência Convênio: SUS
QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO: Paciente com relato de acidente motorciclístico com queda de dor em ombro (D)

EXAMES FÍSICOS: Ligeira inchaço em 1ª articulação do pe (E)

RECORRETURA DE SEGUROS
18 MAI 2019
DPVAT

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de clavícula

TRATAMENTO SOLICITADO:
① Repõe clavícula ombro (D)
② Voltarum 2mg. 10mg IM
③ Sutura

Dr. Deric Talison Rodrigues
CRM: 7089

DR. DERIC TALISON RODRIGUES
CRM.: 7089 CNS: 0000000000000000

Leoneide das S. A. Vieira
Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

SOLICITAÇÃO: MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS -
20190203196460
STATUS: REGULADA

Informações Gerais

- Paciente:** MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS - - 19/04/1957 (61 anos), Água Branca. Mãe: (/pacientes/198156)
- Leito:** Hospital da Polícia Militar Dirceu Arcoverde - HPM (Teresina/PI) - ENF 206 LEITO 1 - Ortopedia e Traumatologia / Adulto / Masculino (/estabelecimentos/46)
- Class. Risco:** Emergencia

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Estab. Solicitante

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCOVERDE (Água Branca/PI)

Médico Solicitante

DERIC TALISON RODRIGUES

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

20190203196460

Observação solicitante

Caráter

Retaguarda

Tipo de Leito

Ortopedia e Traumatologia

CIDs

Fratura da clavícula

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR A DIREITA, REALIZADO RX DE CLAVÍCULA DIREITA EVIDENCIANDO FRATURA DIAFISARIA DA CLAVÍCULA

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): NÃO INFORMADO

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 15

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 98

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 18

Dr. Raphael Melo
MÉDICO
CRM-PI 5192



Luiz Henrique Pinheiro Reis
RGPM 205198193-2 / Mat. 14495-3
Chefe do Setor de Atendimento Técnico

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
03/02/2019 18:51	DÉRIC TÁLISON RODRIGUES	Pendente	
03/02/2019 18:56	Ana Rita Gonçalves Melo	Fila de Espera	
06/02/2019 07:39	Acelisangela Alves Vieira de Pádua	Regulada	disponibilidade de vaga



Às 20:00 horas da noite fui informado de um acidente de trânsito, onde foi envolvida uma moto da marca Honda, de cor vermelha e número de placa 00000000000000000000. Então informamos a falta de assistência, e a vítima foi encaminhada para o Hospital de Referência, onde foi atendida. Como informamos ao Hospital que a vítima não tinha seguro DPVAT, fomos avisados que a vítima não tinha seguro DPVAT.

Luiz Henrique
RGPM 13819277-7 / Mai 14/19
Chefe do Setor de Registro



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



PI COM
DE SEGUROS
10 MAI 2019

Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em,

Setor do Arquivo Técnico do HPMPi

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPi
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE:

Maués Pereira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

448943/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 175252 ANH: 2219100091032
FORA DE ENTRADA: ESTADUAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 20073012388007	NOME DO PACIENTE MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS	NASCIMENTO 19/04/1957	SEXO M	PRONTUÁRIO 448943
DOCUMENTO CPF 259235	TELEFONE 86298043127	NOME DA MÃE ISABEL PEREIRA DE SOUSA	RESPONSÁVEL LEONICE DA SILVA ARAUJO VIEIRA	
CEP 64460000	ENDEREÇO - LOGRADOURO JOÃO FERREIRA	MUNICÍPIO AGUA BRANCA		UF PI
BAIRRO BULINGAO	COMPLEMENTO	NÚMERO / LOTE 101		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVÍCULA E A DIREITA, REALIZADO RX DE CLAVÍCULA DIREITA EVIDENCIOU FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACTMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0405010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))
DANIEL ROCHA E SILVA MOURÃO
CPF: 03794152328

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO))
Luiz Henrique Vitorino Reis
RGPM 10519019 - 2 / Mai. 14355-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico
CRM:

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
07/02/2019

DATA ADMISSÃO
07/02/2019 11:55

DATA ALTA
09/02/2019 10:20

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547301 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLAR AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 13/02/2019 14:12:52 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



175252

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

887415

Identificação do Paciente

5 - Nome: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

6 - Prontuário: 448943

7 - CNS: 200730123480007

8 - Nascimento: 19/04/1957

9 - Sexo: M

CPF: 132.759.923-68

11 - Mãe: ISABEL PEREIRA DE SOUSA

12 - Fone: 88-9.98047427 / 999481271

13 - Rosp: LEONICE DA SILVA ARAUJO VIEIRA

14 - Cor: PARDA

15 - Endere: JOAO FERREIRA

101 BULUNGAO 19 - CEP: 64460-000

16 - Munic: AGUA BRANCA

17 - Cod. IBGE: 220020 18 - UF: PI RG: 25923-5

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Vitima de acidente automobilístico
sofrendo fratura da clavícula
direita

21 - Condições que justificam a Internação:

Lesão traumática

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado do Exame Realizados)

Exame físico e Rx

23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid Terc.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS
2

29 - Clínica:
POSTO II

30 - Carater.:
02

Ident.:
1

31 - Documento:
CPF

32 Doc. Mod. Solic.
16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
07/02/2019

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

35 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus.

41 - Serie

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

180819

Dr. Daniel Menezes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 58657-1/0-1 (15/02/19)
Ass. Carimb. Med. Solicitante

Assessor de Apoio - ARCAI/SMT
Dr. S. ACQUILINE ALMEIDA
Consultor Local:
Consulta SUS: 20190203198460
Impressão 11:52:23

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Assinatura Paciente ou Responsável



Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

07/02/2019

Pront.: 448943

Nome: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Nasc.: 18/04/1957 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 887415

Enfermaria: POSTO II

ENF 206 LEITO

Leito: 206

Pai: CICERO RODRIGUES DE MIRANDA

Mãe: ISABEL PEREIRA DE SOUSA

RG: 259235

Residência:

JOAO FERREIRA

Nr.: 101

Cep: 64460000

Bairro: BULUNGAO

Cidade: AGUA BRANCA

Telefone: 86 - 998047427

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

*Atendimento especializado
trauma no ombro direito*

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Principal:

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Doença degenerativa

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☒ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapêutica Médica

*Redução articular
e fraturas*

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
07/02/2019 11:48:36

Data da Alta:

Data da Hospitalização

ALTA

Salda

- ☒ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3218.1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 06/05/2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 105192793-2 SALA: 01
CÓD DA CIRURGIA: 01050018

Descrição da Cirurgia:

- 1 - Paciente em decúbito de prona sob bloqueio do plano ventral
- 2 - Assupção, autossupção, colocação de campo
- 3 - Acesso anterior
- 4 - Na direção da fratura a fixação com placa DCP de 8 furos; Placa de reconstrução não estrutural
- 5 - Boa posição da parafusos
- 6 - Lavagem do FO, curativo por curativo, lipólise

DESEMPENHO
DE SEGURANÇA

10 MAI 2019

DPVAT

Luiz Henrique Vasconcelos Res. RTO
RGPM 105192793-2 / Matr. 14455
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Dr. Daniel Mouton
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 51.111

Cirurgia: Fratura da tíbia do

Cirurgião: Daniel

1º Auxiliar: Daniel

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Daniel

Circulante: Daniel



PEDIDO: 137453
PACIENTE: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS
NOME DA MÃE: ISABEL PEREIRA DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 19/04/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 08/02/2019
DATA DO LAUDO: 13/02/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura acometendo o terço medial da clavícula direita, fixada com placa e parafusos metálicos.

Artropatia degenerativa acrômio-clavicular.

Edema de partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

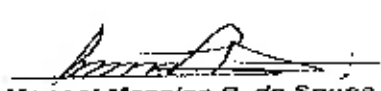
Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura acometendo o terço medial da clavícula direita, fixada com placa e parafusos metálicos.

Artropatia degenerativa acrômio-clavicular.

Edema de partes moles adjacentes.



Luís Henrique da Conceição Reis
RSPM 183185/2012 / AMO 14455-
Chefe do Setor de Imagem Médica


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

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869



DATA: 12/11/2013
Nº DO PRONTUÁRIO: 2013 SALA 01
CÓD DA CIRURGIA: 030-010125

NAME: Marcos Vinícius da Silva Idade: _____ Sexo: M ASA: II
 PROCEDIMENTO: Impl. de Lentes (D) Apt/Ent a Leito: 223
 CIRURGIÃO: Alfonso AIX: Alfonso ANEST: Alfonso ANESTESIA: Alfonso
 INSTR.: Alfonso CIRC.: _____ INICIO: _____ FMS: _____ SALA: 223
 RA130492 EC 17 PESO: _____ Pilo: _____ Glicemia: _____ Creatina: _____ Respir: _____

ANÁLISE		OXIGÊNIO										SEQUÊNCIA	
		1											
		2											
MONITORIZAÇÃO		14.3 5.32 100% 100% 100%											
DIURÊSE (ml)		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
FREQÜÊNCIA CARDÍACA (bpm)		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
TEMPERATURA		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
FREQÜÊNCIA CARDÍACA (bpm)		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
TEMPERATURA		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
FREQÜÊNCIA CARDÍACA (bpm)		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											
TEMPERATURA		100 99 98 97 96 95 94 93 92 91 90 89 88 87 86 85 84 83 82 81 80 79 78 77 76 75 74 73 72 71 70 69 68 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1											

Técnica Anestésica: **BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL DIREITO + SUPRAINFRA**
Cementários Adicionais: **NAO HOUVE EXTENDIMENTO**

CATIONIC	☒ ECG	☒ Oxidation	☐		
	☐ PAF	☐ Cationic rate	☐		
	☒ PANI	☐ PVC	☐		
Group		1-4	1-4	1-4	1-4
Polymer		1-4	1-4	1-4	1-4
N.O.		1-4	1-4	1-4	1-4
Polymer		1-4	1-4	1-4	1-4

1. $\mathcal{H}_2$ norm: $\|u\|_2 = \sqrt{\langle u, u \rangle}$

Adrenalina	Amp
Água dest 10ml	Amp
Atropina	Amp
Bexina	Amp
Bromoprida	Amp
Cefazolina 1g	Fr
Cefotilina	Fr
Ciprofloxacina	Fr
Clonidina	Amp
Clotilde	Fr
Dexametazona	Amp
Diazepam	Amp
Diprur	Amp
Dipirona	Amp

Doripenem	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Efotril	_____	Amp
Efludin	_____	Amp
Enflurane	_____	ml
Fentanyl	_____	ml
Fentanyl (S/C)	_____	Amp
Halothane	_____	ml
Hierocortisone	_____	ml
Isoflurane	_____	ml
Jelco 18	_____	Und
Lidocaine	_____	Fr
Metoprolol	_____	Amp
Morphine	_____	Fr

Midazolam	0.2	Fr
Mefenorexol		Fr
Neococina Psa 0.5%		Amp
Neococina		Amp
Neococipil 0.5%		Fr
Nifurazid		Amp
Neococina	0.5	Fr
Neococina 0.5% (teahar)		Amp
Neostigmina		Amp
Onaprazol		Fr
Ondasatrona	0.1	Amp
Polio Cel		Fr
Procuronol		Amp
Proferid		Fr

Propofol	100	ml	Amp
Ramiflidiu	100	ml	Amp
Quelclon	100	ml	Amp
Quetium	100	ml	Amp
Ramifentanil	100	ml	Fr
Ringer-lactado	100	ml	Fr
S. Fisioiog. 0.9%	100	ml	Fr
S. Glicosado 5%	100	ml	Fr
Scalpi n°	100	ml	Fr
Transf	100	ml	Fr
Filant	100	ml	Fr
Flopidal	100	ml	Fr

Walter N. Eulálio Neto
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4685

HIPM

ID: 137453

Paciente: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Idade: 061Y

Sexo: M

Lois Henrique  Rodrigues Reis 28/12/17
RGPM 105198193-2 / Mat. 14435-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 137313
PACIENTE: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS
NOME DA MÃE: ISABEL PEREIRA DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 19/04/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 08/02/2019
DATA DO LAUDO: 08/02/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominutiva da clavícula direita.

Luxação escápulo-umeral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura óssea.

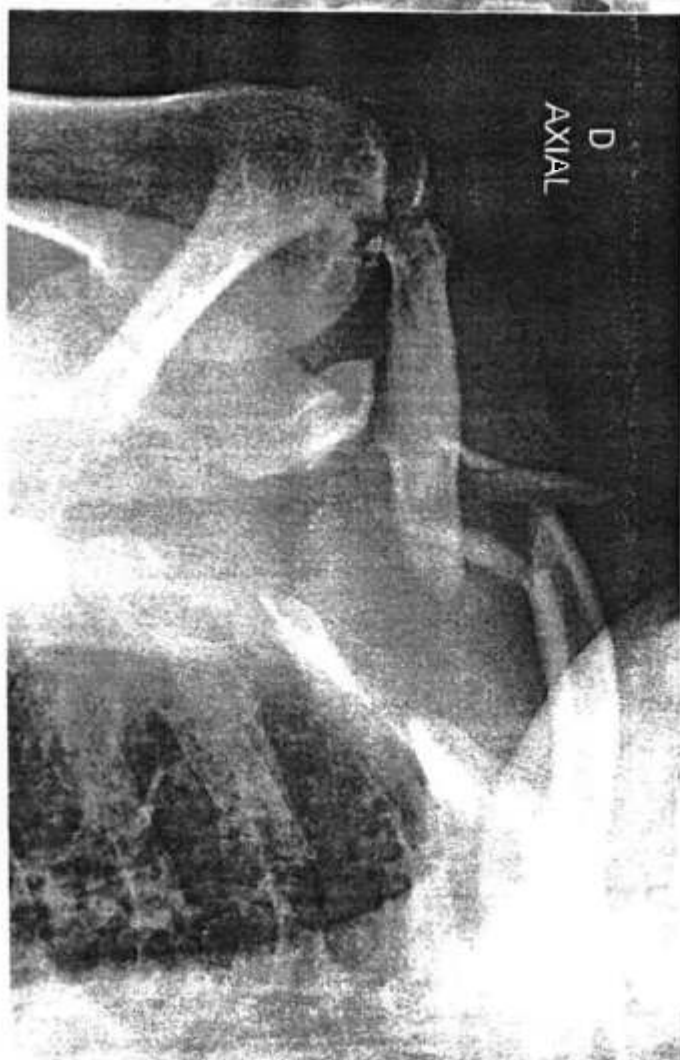
- Controle -

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
RGPM 10519873-2 / 1301-14493
Chefe do Setor de Análises Técnicas

MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA
CRM: 1063

ID: 157313
Paciente: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS
Idade: 081Y
Sexo: M

HPM



Luiz Henrique Vassoler Reis 18.12.11
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



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

206-1



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Américo Augusto do Nascimento IDADE: 58 SEXO: M DATA: 8/2/10

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coar. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B. () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Medie () 18. DUAP () 19. Dça Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coar. () 22. Outros ()

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispnéico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: Bom MV: Normal FTV: Normal
Ruidos Adverciários: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA: 130x80 mmHg Pulsos: Normal FC: 80
Inspeção e palpação: Normal Ausculta RC: Normal Bulhas: Normal
d) Abdomen-Pelve: Normal

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

- 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m
5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m
10 Angina classe III (CCS*), limitação importante às atividades físicas diárias
20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso
10 Angina instável nos últimos 6m
10 Edema pulmonar na última semana
5 Edema pulmonar no passado
20 Estenose aórtica crítica
5 ECG recente c/ ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial
5 Estado geral precário
5 Idade > 70 anos
10 Cirurgia de emergência

< 15 pts: Baixo risco de complicações

> 15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da atividade física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - Índice saudável
ASA II - Índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - Índice com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. > 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX.FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO / TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt) 5% 2%
GRUPO III (13-25 pt) 11% 2%
GRUPO IV (> 25 pt) 22% 56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Pla. 15/14/233
2. Leuco/Bt/Seg: 640/81
3. Glicose: 99
4. Ur/Cr: 34/0.9
5. TS/TC: 21/10
6. TGO/TGP: Normal
7. Tropon/Tnmb: Normal
8. ECG: Normal
9. Urina-I: Normal
10. ECO 2D: Normal
11. U.Son: Normal
12. RX Tórax: Normal
13. TC/RNM: Normal

Luís Henrique Viana dos Reis
RGPM 155196/01-2 / Med. 1445
Chefe do Setor de Anestesia

Dr. Francisco José Lima
CARDIOLOGISTA - RQE: 1715
CLÍNICA MÉDICA - RQE: 202
CRM-PI 2101

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí - HPMPi

Av. Higino Cunha, 1642, Ilhotas.

CEP: 64.014-220, Teresina-PI

Fone: (86) 3216.1520

CNPJ: 07.441.199-0002/25CNES 2323451

CORRETORA
 DE SEGUROS
 10 MAI 2019
 DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE DEUS MARTINS




POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO
 Manoel Paixão dos Santos
 TITULAR DO TÍTULO
 811449
 CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 259.235
 DATA DE EMISSÃO 11/07/13
 NOME MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS
 FILIAÇÃO ISABEL PEREIRA DE SOUSA
 CICERO RODRIGUES DE MIRANDA
 NATURALIDADE
 REGENERAÇÃO-PI
 DOC. CIVIL
 CERT. NASC. 870 L 103 F 27
 EXP. REGENERAÇÃO-PI 02/09/80
 TÍTULO 132.759.923-68
 DATA DE VALIDADE 19/04/1957
 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/85 - DECRETO Nº 88.250/85

CONTRAN

PI Nº 013603834851 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016		DATA EMISSÃO 27/12/2016	
VIA 1	CPF / CNPJ 53680030304	PLACA PIT-9016	
RENAVAM 01128981860	MARCA / MODELO HONDA/POP 110J		
ANO FAB. 2017	CAT. TARIF. 09	Nº CHASSI 9C2JB0100HR282333	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$) 935,98	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00	000,00 (R\$)	PREMIO DO SEGURO (R\$) 185,98	
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO	
		DATA DE QUITAÇÃO 27/12/2016	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.506/0001-04

13/10/17

PJ CORRIGIDA
 DE SEGUROS
 18 MAI 2019
 DPVAT

MINISTÉRIO DAS CIDADES

N.º 011973393128

06575017036

1901015600007-0326070-948072-0440074105051

COLLIERE

MICHAEL J. DUFFY, Esq.

CASNA P1 00101

91978-014

---MORE AFTERMATH

1

0

— 916 —

CATEGORIA -

IC PREPRA

P&W: 000.26

SENT PRISONS

AGUJA BRANCA

— LOCAL —

	DATA
0-1007-2004	

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 395–401

ADICIONADO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEICULO, PARA:

VALORI

NOME DO COMPRADOR

FIG

→ CBF/CONPJ:

ENDEREGQ

LOCAL E DATA.

ASSIGNATURA DO PROPRIETARIO (VENDIDA)

b) O adquirente terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a documentação necessária para a obtenção do registro no Cartório de Registro de Imóveis, sob pena de, após o prazo, ser considerado o imóvel adquirido sem ônus de hipoteca, não podendo, porém, ser restituído o valor pago pelo adquirente, caso não seja providenciado o registro no prazo máximo de 90 (noventa) dias, sob pena de, por que se responsabilizar solidariamente pelas perdas e danos, ser restituído o valor pago pelo adquirente e dada do comprador (Lei Federal nº 5.590 - Art. 134 - Código de Defesa do Consumidor - CDB).

c) O adquirente não reconhece o pagamento de danos de adquirente e do vendedor, simplesmente na modalidade de compra e venda de imóvel.

DE ACORDO

ABSTRACT

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VEZ+DEDOZ),
CONFORME ART. 369 C.P.C.

CONFIDENTIAL ART. 369 C.P.C.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318336 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190318336 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG.02.09

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158325/19

Vítima: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

CPF: 132.759.923-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/02/2019

Titular do CPF: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

MANOEL PAIXAO DOS SANTOS : 132.759.923-68

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: 10/05/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318336

Vítima: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318336

Vítima: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MANOEL PAIXAO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000017049-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

130.459.923-68

Nome completo da vítima:

Manoel Paiva dos Santos

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

Nome completo:

Manoel Paiva dos Santos

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Avenida João Ferreira

Bairro:

Bukunguã

Cidade:

Água Branca

Estado:

RJ

Número:

101

Complemento:

Bukunguã

CEP:

64460-000

(DDD)

(96) 999816008

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

47.049

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 esboçado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

Local e Data:

Água Branca, 09/05/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000220/2019-52

Unidade de Registro: 11ª DRPC- AGUA BRANCA

Resp. pelo Registro: Wilamar Pires Da Silva

Data/Hora: 08/04/2019 - 08:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ÁGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

RUA RAIMUNDO SOBRAL FILHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/02/2019 - 18:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

EM FRENTE AO ARMAZÉM NORDESTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS

RG: 259235 SSP-P PI

Mãe: ISABEL PEREIRA DE SOUSA

Pai: CICERO RODRIGUES DE MIRANDA

Endereço: AV. JOÃO FERREIRA, Nº 101

Bairro: CENTRO

Cidade: ÁGUA BRANCA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

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	POP110I	2017	PIT9016	9C2JB0100HR282333	01128981960	Vermelha

Condutor: MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS
RG: 259235 Órgão: SSP-P UF RG: PI
End: AV. JOÃO FERREIRA Número: 101 Complemento:
Cidade: ÁGUA BRANCA UF: PI Bairro: CENTRO
Proprietário: ANTONIO GOMES DA SILVA
Cidade: ÁGUA BRANCA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA MENCIONADOS, 03/02/2019, POR VOLTA DAS 18H00MIN. TRAFEGAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA MARCA HONDA POP 110I, ANO E MODELO 2017/2017, COR VERMELHA, PLACA PIT-9016, CHASSI 9C2JB0100HR282333 DE PROPRIEDADE DO SR. ANTONIO GOMES DA SILVA, PELA RUA RAIMUNDO SOBRAL FILHO, CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO AO TENTAR FAZER A MANOBRAR E ADENTRAR NUMA OUTRA RUA PRÓXIMO AO ARMAZÉM NORDESTE, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAINDO EM SEGUIDA. DISSE QUE SOFREU VÁRIOS FERIMENTOS E FRATURS, NA OPORTUNIDADE FOI SOCORRIDO PELO SAMU, TRAZIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ - HPM EM TERESINA-PI. DIANTE DOS FATOS, REGISTRA BO.

Wilamar Pires Da Silva - Mat. 0410217
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL PAIXÃO DOS SANTOS - Notificante
Responsável pela informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

130.459.923-68

Nome completo da vítima:

Manoel Paiva dos Santos

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

Nome completo:

Manoel Paiva dos Santos

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Avenida João Ferreira

Bairro:

Bukunguã

Cidade:

Água Branca

Estado:

Ri

Número:

101

Complemento:

Bukunguã

CEP:

64460-000

(DDD)

(96) 999816008

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

47.049

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 esboçado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

Local e Data:

Água Branca, 09/05/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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