

MATRICULA

FECHA DE

11/11/2019

25668595-9

NET-ANO

6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARIA DE FATIMA COSTA

RUA FORTALEZA PO BRASIL 9-201 CASA DO PARQUE
BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64010-010

LOCALIZAÇÃO

B18-000027 (000177)

PERÍODO DE COLETA

MÊS/ANO	TIPO	LEDO	FAZENDA
01/2019	1.100	00	00
02/2019	1.100	00	00
03/2019	1.100	00	00
04/2019	1.100	00	00
05/2019	1.100	00	00
06/2019	1.100	00	00

1 Residencial - Normal

DATA DE VENCIMENTO

28/05/2019 4

ATUAL 26/06/2019 6

CONSUMO MENSUAL

10,00 m³

PS-FAZENDA

CCPMS

TABELA DE TARIFFAS

DISTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS DA FAZENDA

RESIDENCIAL

TARIFA DE CONSUMO RESIDENCIAL

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

1.100

VENCIMENTO

08/07/2019

VALOR A PAGAR

53,99

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO

NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 3 DEBITOS. ATENÇÃO - SOLICITE A CORREÇÃO
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

As águas do sistema de abastecimento de água potável são fornecidas
conforme a legislação em vigor, sendo de responsabilidade do usuário
a manutenção da rede de distribuição e a conservação das instalações.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTALEJA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 1.441)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR LIMITE
CLORO (mg/l)	2380	2339	41	1,40	2,00
ODOR (mg/l)	2383	2168	215	1,37	2,00
PH	1865	1534	327	6,47	8,50
TURBID. (NTU)	2384	2273	111	2,45	5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTALEJA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 1.441)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR LIMITE
ESCOLÓDIA (UFC/l)	660	656	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	Ausente

DATA DA FISSÃO 26/06/2019 HORA DA FISSÃO 13:15

TO 1,38

LO 000000000000

MATRICULA

25668595-9

FECHA DE

11/11/2019

NET-ANO

6/2019

VENCIMENTO

08/07/2019

VALOR A PAGAR

53,99

82690000000-9 53991535000-0 00001900113-6 33100100504-9



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) devido relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maria de Fatima Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433964

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

- Neves (ort)
- Ar. Geral

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

Imp: 22/06/2019 10:57:33

(Usuário: CAMILA BOTELHO)

(Estação: CONSULTA)

Nome: MARIA DE FÁTIMA COSTA		Frontuário: 433964
Mãe: MODESTINA RIBEIRO DA COSTA	Pai: FRANCISCO LUIZ DE SOUSA COSTA	
End. Resid.: RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 28/10/1975	Idade: 43a7m25d	Sexo: Feminino Fone: 86-99906-9906
Responsável: O MESMO	CNE: 700200440533927	
Profissão: DOMESTICA	Documento: CPF: 504.722.323-04	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727606	Entrada: 22/06/2019 10:45:04	Convênio: S O S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA TORACABDOMINAL	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: motociclista com resalo de colisão com motociclista queixando dor sacral, encaminhada imediatamente para a sala de procedimentos		Em: 22/06/2019 10:50:12 IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES CRN 157546

SSVV:

(Hora: _____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ORIENTADA, FÁSICA, CONSCIENTE.

A) VIAS AERIAS PÉRVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 64 BPM, SAT O2: 98%, FR 16 IRPM.

C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, DOLOROSO A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. PA 120X70

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUMNA LOMBAR.

Diagnóstico Inicial:

7

Exames Complementares:

(1245062) - T.C. DE Pelve
(1245063) - US DE ABDOME TOTAL
(1245065) - COLUMNA LOMBAR

Prescrição Médica:

① Tramadol 50mg 1 ampola + 100ml SF 0,9% (Apore)

② SF 0,9% - para manter veia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE
7212 Em: 22/06/2019 10:57:33

22/06/19

#001#

Trechos fenderos que cubren todo fondo
Ex. fenderos--
608-15, sem diferenciar

T C Adorno fenderos--

- fenderos compunha L1 - L50% com
enrolamentos por entrecruz, sem
fragmentos no ar

HQ: Fenderos L1 - Edinell

co: Andreyas + celido de fenderos

Antonio Carlos Silva
Nascimento
Cargo de Celado
CRM-21.3720



Jose Simoes
Nascimento
Cargo de Celado
CRM-21.3720
CONFERE COPIA ORIGINAL



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Carimbo

R2
leite

NOME DO PACIENTE <i>Maria de Fátima Costa</i>		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA <i>P.02</i>	ENF. ou APT. <i>105</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Fratura L1 - AAA - (E)</i>			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE NEURO	
ALERGIAS <i>cr = Salicilato ester</i>						
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
1. Dieta branda					# Cr. Guxol 27/06/19 às 14:04	
2. SF 0,9% 2000ml EV dia					Paciente com TRA - lesão de L1	
KCl 10% - 10ml/soro					vítima de acidente de moto há 3h	
3. Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h					Abd: Dorosa - palpação profunda	
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)					em andar inferior.	
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)					rc de abd: sem líquido livre, sem	
6. Fenitoína 2ml + 10ml AD EV 8/8h					pneumoperitônio.	
7. Haldol 1amp IM (SOS)					CD: Aos cuidados do neuro	
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV (SOS)					sem necessidade de abordagem	
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM					cirurgias de urgência.	
10. SSVV 6/6h					+ orientação da Guise	
11. Niaspan 5mg VO 1x/12h					24h verificando S.V.	
12. Tildiem 1mg + 4ml 7x 1x/12h					PA 124/70mmHg - P: 76bpm	

MÉDICO/CRM:



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Local da Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso Radial	28 Sangramento			
Assistência	29 Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção			



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241619

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

216985

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

241619

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DE FATIMA COSTA

6 - Prontuário: 433964

CNS: 700200440533727

8-Nascimento: 28/10/1975

9-Sexo: Feminino

CPF: 504.722.323-04

11-Mãe: MARIESTINA RIBEIRO DA COSTA

12-Fone: 86-99906-9906

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Endere: RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-000

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, NEGA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ORIENTADA, FASICA, CONCIENTE.
PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUNA LOMBAR.

21 - Condições que justificam a internação:

2 - Relatando resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:
EXAME CLÍNICO + TC DE CRÂNIO
(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26 CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0303040114

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Tempo SUS

29-Clinica:

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

02

01

CPF

963.249.613-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

22/06/2019

Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos
CRM: 3950
Coordenador - Neurocirurgia
Hospital de Urgência de Teresina

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

24/06/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Celso Feres Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCA/PAIS
CRM-PI 1433 - CPF 763.363.637-9
CNS 32969400000000000000

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: MARIA VAS

Consulta Local: 727600

Consulta SUS:

Impressão: 22/06/2019 12:16:23

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 216985	
	AIH: 2219100438027	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700200440533727	NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA	NASCIMENTO 28/10/1975	SEXO F	PRONTUÁRIO 433964
DOCUMENTO CPF 86999560900	TELEFONE 86999560900	NOME DA MÃE MODESTINA RIBEIRO DA COSTA	RESPONSÁVEL A MESMA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA FORTALEZA QUADRA R1	NUMERO / LOTE 06		
BAIRRO PARQUE BRASIL II	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA USO DE CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA, ORIENTADA, FÁTICA, CONCIENTE, PCT SEM ESCORIAÇÕES, APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM COLUNA LOMBAR.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 TRATAMENTO DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 EXAME FÍSICO / T.C. DE COLUNA LOMBAR

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S320 - FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

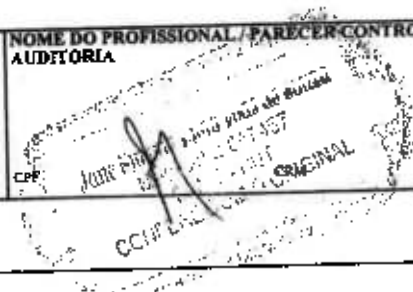
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303040114 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR		
LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA CPF: 96324961320 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 22/06/2019	
DATA ADMISSÃO 22/06/2019 10:45	DATA ALTA 24/06/2019 15:00	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)) ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89670341349 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: DATA ANALISE: 22/06/2019 12:21:35
	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64011-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 50649 - Em: (24/06/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
241610	433964	MARIA DE FATIMA COSTA	28/10/1975	POSTO 2	ENFERMARIA 105	1A22	LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR
Evolução:			Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		
Hora:			Bezentou		TGM - FRATURA DE L1 ASIA E		
<i>ASIA E, GSCIT, MIP</i> <i>Col. Super. d. m. / d. m. e. m. e. m.</i>							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Raon.:	Di. Vol.:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, Visto Nut. <i>Angela Bernillo</i>						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h		
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 5ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	8/8h		
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h	1,00	Ampola	EV	6/6h		SF 0,9%
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD
8	CAPTAPRIL 25MG SE PA>160/110mmHg	2,00	Comprim	Oral	8/8h		
9	DIAZEPAM 5MG	1,00	Comprim	Oral	12/12h		
10	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		

15h. Paciente de alta hon-
italan.
Clínica de Referência
Fluência
22 06
18 24 06 12

Observações Gerais:

CARACTERÍSTICA FÍSICA: 20. SINTOMATOLOGIA: 00. SINAIS VITAIS: REGULARES. HEMODINÂMICA: 00. R

Dr. João Alfredo
Neurologista
CRM 14.410

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. OLLo Cito 1620 Redenção - Fone: 96 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA COSTA (Prontuário: 433864)**
 Endereço: **RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**
 Nascimento: **28/10/1975** Idade: **43a7m25d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **727606**
 Requisição: **968219** Solicitação: **22/06/2019** Solicitante: **CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE**
 Controle: **1245062** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 22/06/2019

T.C. DE Pelve

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL

RELATÓRIO:

- CÁLCULO NO GRUPO CALICINAL INFERIOR DO RIM DIREITO, MEDINDO 0,3 cm.
- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- FLÉBOLITO PÉLVICO À DIREITA.
- FRATURA COMPRESSIVA DO CORPO VEREBRAL DE L1.

(PRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA COSTA** (Prontuário: **433964**)
 Endereço: **RUA FORTALEZA QD R1 CS 06 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**
 Nascimento: **28/10/1975** Idade: **43a7m25d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **727606**
 Requisição: **968224** Solicitação: **22/06/2019** Solicitante: **CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE**
 Controle: **1245067** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 22/06/2019

T.C. DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMPRESSIVA DO CORPO VERTEBRAL DE L1, COM IMPACÇÃO DO PLATÔ VERTEBRAL SUPERIOR E NOTANDO-SE RETROPULSÃO DO MURO PÔSTERO-SUPERIOR, QUE COMPRIME A FACE VENTRAL DO SACO DURAL E REDUZ A AMPLITUDE DO CANAL RAQUIANO.
- ESPONDILOSE LOMBAR.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS.
- PARTES MOLES PARAVERTEBRAIS EUTRÓFICAS.

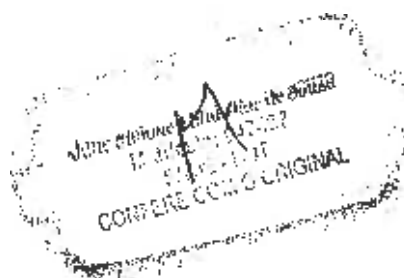
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Maria de Fátima Costa
 Data do Acidente: 22-06-2019 CPF da vítima: 504.722.323-04
 Portador da documentação: Maria de Fátima Costa
 Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador: Rua Fátima 29 Brasil A 201
 Número: 005 Complemento: Casa Bairro: Parque Brasil
 Cidade: Teresina UF: Pi CEP: 64012-015 Telefone: (86) 99498-2980
 E-mail:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☒ Na impossibilidade de apresentar o laudo do IML: Declaração de Ausência de Laudo presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais, tutor ou curador)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: 19/11/2019
 Identidade: 1226-112
 Assinatura: Maria de Fátima Costa

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)
 Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: representante legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. pode ser pai ou mãe.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 19/11/2019
 Nome: PATRICIA GARCIA
 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190640229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR. P4, 9, 10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

**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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190640229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA **Data do acidente:** 22/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1ª VÉRTEBRA DA COLUNA LOMBAR. P4, 9, 10

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

**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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401595/19

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

CPF: 504.722.323-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 22/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DE FATIMA COSTA : 504.722.323-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: MARIA DE FATIMA COSTA
CPF: 504.722.323-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

MARIA DE FATIMA COSTA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190640229

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190640229

Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA

Data do Acidente: 22/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 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: **MARIA DE FATIMA COSTA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000044302-6**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 02029 CONTA: 00044302

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003278/2019-15

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Rasp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 27/08/2019 - 13:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA ALZAIR CARVALHO, Nº:

Complemento

Bairro

PROMORAR

Ponto de Referência

VIADUTO ATACADÃO

Data/Hora

22/06/2019 - 10:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARIA DE FÁTIMA COSTA

RG: 1226112SSPPI

Mãe: MODESTINA RIBEIRO DA COSTA

Endereço: RUA FORTALEZA Q.R-1, C.6, Nº

Complemento: I

Bairro: FARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9986-0900

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/POP100, COR VERMELHA, ANO 2015/2015, PLACA PIL-4285, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NO VEÍCULO-I QUE MOTIVOU O ACIDENTE, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL. A NOTICIANTE VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº433964 É O REGISTRO.

Edvar F. Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL.

Maria de Fátima Costa
MARIA DE FÁTIMA COSTA - Noticiante
Responsável pela informação

Essey Kelly Leal Pereira
Essey Kelly Leal Pereira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196335-7

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 02029 CONTA: 00044302

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 28/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000044302-6

Nr. da Autenticação D954CE30CE7196F6